

Trabalho de Conclusão de Curso

LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

LUNARDO LONGO

**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação
em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Elena
Riet Correa Rivero.

Co-orientadora: Kamile
Leonardi Dutra Horstmann

Florianópolis

2016

Lunardo Longo

LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação
em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Elena
Riet Correa Rivero.

Co-orientadora: Kamile Leonardi
Dutra Horstmann

Florianópolis, 2016

Lunardo Longo

LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS:
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de Maio 2016

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Elena Riet Correa Rivero
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Filipe Modolo Siqueira
Universidade Federal de Santa Catarina

Diogo Lenzi Capella
Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho:

À minha mãe e ao meu pai, Janete e Osni.

À minha irmã e à minha noiva, Fernanda e Caroline.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a. Elena Riet Correa Rivero, pelos ensinamentos compartilhados, pela paciência e dedicação, e pela boa convivência que tivemos durante todos estes anos em que fui seu orientando de TCC e bolsista no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC. Foi gratificante participar da rotina do laboratório e empreender este sob sua orientação. Muito obrigado.

À minha co-orientadora Kamile Leonardi Dutra Horstmann, por ter sido solícita e atuante quando precisei de sua ajuda e por sua eficiência todo o tempo.

Ao Prof. Dr Filipe Modolo Siqueira, pelos ensinamentos passados ao longo do curso e pela ótima convivência.

À equipe da Patologia Bucal da UFSC, professores e técnicos e, em especial, aos colegas Janaína Simiano, Sônia Kaminski, Diogo Capella, Tiago Bortolotto, Paulo Clausen, Ana Savariz e Ana Cristina pela boa convivência e aprendizado.

À minha mãe Janete Kehl Longo, pelo apoio, compreensão e todo o carinho dado.

Ao meu pai Osni Longo, pelo bom exemplo de trabalho e honestidade.

À minha irmã Fernanda Longo por ser minha parceira e melhor amiga desde sempre.

À minha noiva Caroline Marques Vieira, pelo suporte, auxílio, e companheirismo para todas as horas.

À minha avó Ângela Albiero Longo, por sempre ter batalhado e dado todo carinho aos filhos e netos.

Aos meus amigos e familiares por acompanharem essa etapa de perto, pelo apoio e compreensão dispensada em todos os momentos. A presença de vocês ao longo de todo o processo foi essencial. Muito obrigado.

RESUMO

As lesões proliferativas não neoplásicas (LPNN) ocorrem com grande frequência na cavidade oral. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento da casuística dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), granuloma piogênico (GP), fibroma de células gigantes (FCG), fibroma ossificante periférico (FOP) e lesão periférica de células gigantes (LPCG) diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) desde a sua fundação (2006) até dezembro de 2015. Os dados pesquisados foram em relação aos pacientes: gênero, idade, etnia, faixa etária; em relação às lesões: localização, tamanho e coloração da lesão. Também foram avaliados os fatores etiológicos relacionados às lesões e a concordância entre diagnóstico clínico e histológico. Através do levantamento de 2400 laudos histopatológicos arquivados no LPB-UFSC, foram selecionados 534 casos de LPNN, representando 22,25% do número total de diagnósticos. A lesão mais frequente foi a HFI, seguida de GP, FCG, FOP e LPCG. A maioria das lesões ocorreu em pacientes do sexo feminino, com exceção da LPCG que ocorreu mais em homens. A localização preferencial para as lesões foi gengiva/rebordo alveolar. Apenas o FCG teve como localização preferencial a língua. Com relação à prevalência por faixa etária, os casos de HFI ocorreram em pacientes mais velhos, entre 5ª e 7ª décadas de vida, os casos de FCG em pacientes entre a 3ª e 4ª décadas, o FOP entre 4ª e 5ª décadas, o GP entre 1ª e 6ª décadas e os casos de LPCG ocorreram em pacientes mais jovens entre 1ª e 2ª décadas. As lesões de HFI geralmente apresentaram até 1cm no maior diâmetro e com coloração semelhante a da mucosa. O fator etiológico mais frequente para essa lesão foi a presença de próteses mal adaptadas. Os casos de GP tiveram geralmente diâmetro entre 1 e 2 cm, com coloração predominantemente avermelhada, aparecendo o traumatismo crônico como o principal fator etiológico. Em 11,11% dos casos de GP a paciente era gestante. Os casos de FCG se apresentaram como lesões pequenas (menores que 0,5cm) com a mesma coloração da mucosa. O FOP e a LPCG geralmente apresentaram entre 1 e 2 cm de diâmetro, sendo o FOP usualmente de coloração igual a da mucosa ou avermelhada e a LPCG de coloração predominantemente arroxeada. O principal fator etiológico para o FOP foi a presença de placa bacteriana. A maioria das lesões apresentou concordância entre o diagnóstico histológico e clínico, sendo essa concordância maior para os casos de HFI. Apenas os casos de FCG apresentaram baixa concordância nos diagnósticos. De acordo com os nossos resultados as LPNN são lesões comuns na prática odontológica e o conhecimento das características clínicas das mesmas auxilia no diagnóstico presuntivo e identificação dos fatores etiológicos que as causam, favorecendo dessa forma o tratamento adequado e prognóstico favorável.

Palavras chaves: Granuloma piogênico; Lesão Periférica de Células Gigantes; Fibroma ossificante; Fibroma; Epidemiologia

ABSTRACT

The non-neoplastic proliferative lesions occur in a high frequency in the oral cavity. The objective of this study was analyse the concordance between clinical and histopathological diagnostic in the cases of inflammatory fibrous hyperplasia, pyogenic granuloma, giant cell fibroma, peripheral ossifying fibroma and peripheral lesion of giant cells in the Laboratory of Oral Pathology of the University of Santa Catarina (LBP-UFSC) since it's foundation (2006) until december of 2015. The data analysis related to the patients included several topics like gender, age, ethnicity and age group. Similarly it was analyzed some other topics related to the lesions like etiological factors and concordance between clinical and histopathological diagnostic. Thru a survey of 2400 reports from LBP-UFSC, it was selected 534 cases of non-neoplastic proliferative lesions, representing 22,25% of all diagnostics of the entire LPB. The most frequent lesion was the inflammatory fibrous hyperplasia, followed by pyogenic granuloma, giant cell fibroma, peripheral ossifying fibroma and peripheral lesion of giant cells. Most of the lesions occurred in female patients, except for the peripheral ossifying fibroma which occurred more frequently in males. The most frequent site was gingival and alveolar ridge, except for peripheral ossifying fibroma which was registered mainly in tongue. The inflammatory fibrous hyperplasia was more frequently registered in elderly patients, especially those between the 5th and 7th decade of life, while the giant cell fibroma cases occurred more frequently between the 3rd and 4th decade and the pyogenic granuloma between the 1st and 6th decades. The peripheral lesion of giant cells occurred more frequently in younger patients between the 1st and 2nd decade. According to our records the inflammatory fibrous hyperplasia size was generally smaller than 1 cm and presenting a soft tissue normal coloration. The most frequent etiological factor registered for this lesion was oral prosthesis. The recorded pyogenic granuloma size was usually between 1 and 2 cm, reddish colored, presenting chronicle traumatism as main etiological factor. It was registered 11,11% of pyogenic granuloma cases in pregnant women. The giant cell fibroma presented mostly as small lesions (smaller than 0,5 cm) and colored similarly to the oral mucosa. The peripheral ossifying fibroma and the peripheral lesion of giant cells usually presented between 1 and 2 cm, being the peripheral ossifying fibroma similarly colored to the oral mucosa while the peripheral lesion of giant cells was frequently purplish. The peripheral ossifying fibroma main etiological factor was bacterial plaque. Mostly of the analyzed lesions presented concordance between clinical and histopatological diagnostic, being this concordance greater for inflammatory fibrous hyperplasia. Only the giant cell fibroma reported low concordance between diagnostics. According to our results the non-neoplastic lesions are very frequent in the odontological practice and the knowledge about their clinical characteristics helps to provide a clearly diagnostic and find the etiological factors related to their development, therefore helping to offer an adequate treatment and positive prognostic.

Key words: Non-Neoplastic Proliferative Lesions; Reactive Hyperplastic Lesions; Hyperplasia; Pyogenic granuloma, Giant cell fibroma; Peripheral ossifying fibroma, Peripheral giant cell.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o gênero (amostra de 531 casos). | 20 |
| Gráfico 2: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a etnia (amostra de 456 casos). | 21 |
| Gráfico 3: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a faixa etária (amostra de 507 casos).21 | |
| Gráfico 4: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o tempo de evolução da lesão (amostra de 294 casos). | 22 |
| Gráfico 5: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 534 casos) | 23 |
| Gráfico 6: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a coloração da lesão (amostra de 448 casos)..... | 23 |
| Gráfico 7: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 306 casos)..... | 24 |
| Gráfico 8: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o fator etiológico (amostra de 297 casos) | 24 |
| Gráfico 9: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o tipo de lesão (amostra de 534 casos)..... | 25 |
| Gráfico 10: Distribuição dos casos de LPNN em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 534 casos)..... | 25 |
| Gráfico 11: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o gênero (amostra de 385 casos) | 26 |
| Gráfico 12: Distribuição dos casos de HFI de acordo com a faixa etária (amostra de 364 casos).. | 27 |
| Gráfico 13: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 385 casos) | 28 |
| Gráfico 14: Distribuição dos casos de HFI de acordo com a coloração da lesão (amostra de 330 casos)..... | 28 |
| Gráfico 15: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 217 casos)..... | 29 |
| Gráfico 16: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o fator etiológico (amostra de 246 casos)..... | 29 |
| Gráfico 17: Distribuição dos casos de HFI em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 385 casos)..... | 30 |
| Gráfico 18: Distribuição dos casos de GP de acordo com o gênero (amostra de 62 casos)..... | 31 |
| Gráfico 19: Distribuição dos casos de GP de acordo com a faixa etária (amostra de 60 casos). | 31 |
| Gráfico 20: Distribuição dos casos de GP de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 63 casos)..... | 32 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 21: Distribuição dos casos de GP de acordo com a coloração da lesão (amostra de 52 casos)..... | 33 |
| Gráfico 22: Distribuição dos casos de GP de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 34 casos)..... | 33 |
| Gráfico 23: Distribuição dos casos de GP de acordo com o fator etiológico (amostra de 25 casos)..... | 34 |
| Gráfico 24: Distribuição dos casos de GP em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 63 casos)..... | 34 |
| Gráfico 25: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o gênero (amostra de 39 casos) | 35 |
| Gráfico 26: Distribuição dos casos de FCG de acordo com a faixa etária (amostra de 37 casos) .. | 36 |
| Gráfico 27: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 39 casos)..... | 37 |
| Gráfico 28: Distribuição dos casos de FCG de acordo com a coloração da lesão (amostra de 32 casos)..... | 37 |
| Gráfico 29: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 29 casos)..... | 38 |
| Gráfico 30: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o fator etiológico (amostra de 14 casos)..... | 38 |
| Gráfico 31: Distribuição dos casos de FCG em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 39 casos)..... | 39 |
| Gráfico 32: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o gênero (amostra de 28 casos)..... | 40 |
| Gráfico 33: Distribuição dos casos de FOP de acordo com a faixa etária (amostra de 28 casos)... | 40 |
| Gráfico 34: Distribuição dos casos de FOP de acordo com a coloração da lesão (amostra de 22 casos)..... | 41 |
| Gráfico 35: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 17 casos)..... | 42 |
| Gráfico 36: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o fator etiológico (amostra de 11 casos)..... | 42 |
| Gráfico 37: Distribuição dos casos de FOP em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 28 casos)..... | 43 |
| Gráfico 38: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o gênero (amostra de 18 casos)..... | 44 |
| Gráfico 39: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com a faixa etária (amostra de 18 casos) | 45 |
| Gráfico 40: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com a coloração da lesão (amostra de 14 casos)..... | 46 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 41: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 9 casos)..... | 46 |
| Gráfico 42: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o fator etiológico (amostra de 5 casos)..... | 47 |
| Gráfico 43: Distribuição dos casos de LPCG em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 19 casos)..... | 47 |

LISTA DE ABREVIATURAS

LPB – Laboratório de Patologia Bucal.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

HU – Hospital Universitário.

TCC – Trabalho de conclusão de curso.

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

LPNN – Lesões proliferativas não neoplásicas.

HFI – Hiperplasia fibrosa inflamatória.

GP – Granuloma piogênico.

FCG – Fibroma de células gigantes.

FOP – Fibroma ossificante periférico.

LPCG – Lesão periférica de células gigantes.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 3 | OBJETIVOS | 18 |
| 3.1 | Objetivo geral..... | 18 |
| 3.2 | Objetivos específicos..... | 18 |
| 4 | METODOLOGIA | 19 |
| 4.1 | Delineamento do estudo | 19 |
| 4.2 | Aspectos éticos legais..... | 19 |
| 4.3 | Seleção da amostra | 19 |
| 4.4 | Levantamento dos dados | 19 |
| 4.5 | Concordância entre diagnóstico clínico e histológico | 19 |
| 5 | RESULTADOS | 20 |
| 5.1 | Lesões proliferativas não neoplásicas | 20 |
| 5.2 | Hiperplasia fibrosa inflamatória..... | 26 |
| 5.3 | Granuloma piogênico | 31 |
| 5.4 | Fibroma de células gigantes | 35 |
| 5.5 | Fibroma ossificante periférico..... | 40 |
| 5.5 | Lesão periférica de células gigantes | 44 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 48 |
| 7 | CONCLUSÃO | 50 |
| 8 | REFERÊNCIAS | 51 |

1 INTRODUÇÃO

Diversas são as doenças que acometem a boca e as regiões peribucais, entre elas podemos destacar: os cistos e tumores odontogênicos; os tumores de tecidos moles; as infecções bacterianas, virais, fúngicas e protozoárias; as doenças das glândulas salivares; as lesões ósseas neoplásicas e não neoplásicas; o carcinoma epidermóide e as lesões cancerizáveis. Em Santa Catarina a frequência dessas diferentes doenças e os fatores de risco que as determinam são desconhecidos. O Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB-UFSC) é um serviço diagnóstico que recebe, para análise histopatológica, lesões biopsiadas nas dependências das clínicas dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Odontologia da UFSC, do Setor de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC e de diversos Centros de Especialidades Odontológicas do Estado (Florianópolis, Curitiba, São José, Imbituba, Rio do Sul e Ibirama, entre outros). Além disso, a UFSC é a única Universidade Federal do Estado que oferece esse serviço, servindo, portanto, como referência para o Sistema Único de Saúde.

Este TCC é parte de um projeto maior que visa o levantamento de todas as lesões diagnosticadas pelo LPB, cujo objetivo principal é permitir um melhor conhecimento com relação à incidência das doenças bucais no Estado de Santa Catarina, possibilitando a elaboração de estratégias de prevenção, assim como futuros estudos de pesquisa baseados nessa incidência.

No presente trabalho foi realizado um levantamento das lesões proliferativas não neoplásicas (LPNN) diagnosticadas pelo LPB desde a sua fundação (2006) até dezembro de 2015. As LPNN são extremamente comuns na cavidade bucal e representam uma resposta tecidual proliferativa exagerada a uma reação inflamatória não específica. Dentre os principais fatores etiológicos para essas lesões estão os traumatismos crônicos, especialmente causados por próteses mal adaptadas, e a presença de irritantes locais, como o acúmulo de placa bacteriana e cálculo sobre os tecidos gengivais. Dentre as LPNN destacam-se a hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), o granuloma piogênico (GP), o fibroma de células gigantes (FCG), o fibroma ossificante periférico (FOP) e a lesão periférica de células gigantes (LPCG), devido à elevada frequência das mesmas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A mucosa bucal está constantemente sob a influência de vários estímulos, internos e externos, conseqüentemente uma série de distúrbios de desenvolvimento, irritação, inflamação e até mesmo condições neoplásicas podem ocorrer. Frequentemente, as lesões bucais representam um desafio diagnóstico, pois podem ser clinicamente semelhantes com características histopatológicas totalmente distintas [1].

O correto diagnóstico das lesões que acometem o sistema estomatognático é essencial na Odontologia. Para um correto diagnóstico clínico o conhecimento da frequência relativa ou prevalência dessas lesões é um importante aliado [2]. O conjunto das características clínicas específicas de cada lesão permite a construção do diagnóstico clínico, no entanto algumas dessas características são comuns a diversas lesões [3]. Desta maneira, o exame clínico da mucosa oral oferece um diagnóstico subjetivo, que deve ser complementado por um exame histopatológico a fim de se obter o diagnóstico definitivo [4]. Portanto, a confirmação do diagnóstico clínico e obtenção do diagnóstico definitivo por meio do exame histopatológico das biópsias orais é de fundamental importância [5] para a indicação do tratamento mais adequado da doença [6].

As lesões proliferativas não neoplásicas (LPNN) são caracterizadas pela proliferação tecidual geralmente de natureza inflamatória, apresentando-se como lesões de grande frequência na cavidade bucal, como por exemplo: hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), granuloma piogênico (GP), fibroma de células gigantes (FCG), fibroma ossificante periférico (FOP) e lesão periférica de células gigantes (LPCG). De forma geral, as características clínicas dessas lesões correspondem a elevações nodulares bem delimitadas, pediculadas ou sésseis, de coloração rosada a avermelhada, apresentando superfície lisa ou lobulada, brilhante, com consistência fibrosa à palpação, geralmente com evolução lenta, podendo se encontrar ulceradas em decorrência de traumatismo [7] [8].

As hiperplasias são semelhantes a tumores de tecido conjuntivo fibroso, que se desenvolvem em resposta à irritação local ou trauma. Pode se apresentar nodular ou em pregas, normalmente firme e fibrosa, de coloração rósea, semelhante a mucosa, sendo que algumas lesões podem se apresentar eritematosas e ulceradas. O fator irritativo comumente associado à HFI é um trauma local, como por exemplo, as próteses mal adaptadas. Na HFI associada ao uso de próteses mal adaptadas é frequente a formação de múltiplas pregas no fundo de sulco vestibular, nas quais a prótese se encaixa [7]. O exame microscópico da HFI revela hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso, associada a infiltrado inflamatório crônico [7].

O GP ocorre frequentemente na gengiva, mas pode surgir ocasionalmente em outras regiões da mucosa bucal [9]. Segundo Neville et al. [7] embora se acreditasse originalmente que a lesão fosse causada por organismos piogênicos, atualmente sabe-se que o GP é resultante de uma resposta tecidual a um fator irritante local ou trauma. A análise microscópica do GP revela tecido de granulação, altamente vascular, contendo numerosos neovasos e vasos sanguíneos. A superfície é normalmente ulcerada e caracterizada pela presença de uma membrana fibrinopurulenta espessa. Observa-se uma maior prevalência de neutrófilos próximos à superfície ulcerada, enquanto células da inflamação crônica são encontradas na profundidade da lesão. É evidente a presença de um infiltrado celular inflamatório misto constituído por neutrófilos, plasmócitos e linfócitos [7].

O FCG é caracterizado como um tumor fibroso com características clínicas e patológicas distintas [7]. O fibroma de células gigantes foi primeiramente descrito aparte de outras hiperplasias fibrosas por Weathers & Callihan (1974) [10]. Seu nome provém de suas características celulares, apresentando fibroblastos volumosos com morfologia estrelada podendo apresentar de um a três núcleos. O fibroma de células gigantes é frequentemente confundido com papiloma ou fibroma devido a sua superfície papilomatosa e sua consistência elástica, respectivamente [10] [11]. Ao se observar microscopicamente o FCG, revela-se uma massa de tecido conjuntivo fibrovascular usualmente arranjada frouxamente, com a presença de numerosos fibroblastos volumosos e estrelados dentro do tecido conjuntivo superficial, podendo

conter diversos núcleos. Frequentemente o epitélio de recobrimento é caracterizado por ser fino e atrófico, podendo exibir papilas estreitas e alongadas [7].

O FOP é caracterizado como um crescimento gengival de etiologia incerta e ocorrência exclusiva na gengiva e rebordo alveolar. Apresenta-se como uma massa nodular, sésil ou pediculada, coloração variável entre vermelho e róseo, e superfície frequentemente ulcerada por trauma secundário [7]. Segundo De Carli e Silva [12] é possível que a proliferação tecidual excessiva característica do FOP seja uma reação à irritação gengival por fatores locais crônicos, em especial àqueles relacionados a material estranho no sulco gengival e cálculo dental. O FOP se apresenta microscopicamente como uma proliferação fibrosa associada à formação de material mineralizado, que pode ser constituído por osso, material semelhante à cimento ou calcificação distrófica. Normalmente o osso é do tipo entrelaçado e trabeculado, sendo que lesões mais antigas podem apresentar formações de osso lamelar maduro. É usual a presença de trabéculas de osteóide não-mineralizado e, com menos frequência, a formação de depósitos ovoides e arredondados de material basofílico. A presença de calcificações distróficas é caracterizada por diversos grânulos, glóbulos ou grande massa de material mineralizado. Caso ocorra ulceração do epitélio da lesão, a superfície é coberta por uma membrana fibrinopurulenta [7].

A LPCG é definida como uma resposta hiperplásica do tecido conjuntivo gengival à agressão [12]. A etiologia da LPCG é desconhecida, sendo que provavelmente está associada a uma irritação local crônica que pode ter como causa cálculo subgengival, restaurações mal-adaptadas, entre outros fatores irritantes [13]. Clinicamente apresenta-se como massa nodular vermelha ou vermelha-azulada, sésil ou pediculada, podendo estar ou não ulcerada. Apresenta similaridades clínicas com o GP [7]. A análise histológica da LPCG revela uma proliferação de células gigantes multinucleadas, podendo conter alguns núcleos ou várias dúzias deles. As formas nucleares são variáveis, algumas células podem apresentar um núcleo grande (veisicular), enquanto outras podem apresentar um núcleo pequeno (picnótico). Observa-se muitas células mesenquimais ovoides fusiformes, com a presença usual de figuras mitóticas. A presença de hemossiderina pode ser observada em razão de hemorragia abundante em toda a massa. Frequentemente há uma faixa de tecido conjuntivo fibroso denso que tem por característica separar a proliferação de células gigantes da mucosa de superfície [7].

A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico tem sido reportada em diversos estudos. Um levantamento publicado no Reino Unido [14] registrou que o diagnóstico clínico de cirurgiões-dentistas (generalistas e especialistas) obteve uma concordância de 50,6% com o diagnóstico histopatológico aferido para todas as lesões bucais. Esse valor é similar ao obtido por Williams et al. [15] que registraram uma média de 56,4% de concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico para cirurgiões-dentistas generalistas. Da mesma maneira, Hosseinpour et al. [4] reportaram que 81,2% dos diagnósticos clínicos eram consistentes com os registros histopatológicos para todas as lesões bucais.

A literatura aponta a HFI como lesão registrada com alta frequência na cavidade bucal. Os índices verificados apresentam valores diversificados, como 12,67% [16], 12,94% [17][17] e 20,2% [18][18]. Levantamentos consultados na literatura apontam a quinta década de vida como a mais frequente em relação ao registro de hiperplasia fibrosa [17] [17] [19].

Em relação às demais lesões de tecido mole bucal, um levantamento retrospectivo realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Cukurov, na Turquia [20], ocorrido no período de 2007 a 2011, indicou uma discordância de 32,1% entre o diagnóstico clínico e histopatológico do GP. O levantamento apontou que em 22,6% dos laudos histológicos referentes ao GP, o diagnóstico clínico do profissional havia sido de LPCG. Outros 9,5% casos de GP receberam clinicamente o diagnóstico de hemangioma. Seife et al. [21] registraram concordância diagnóstica de 66,6% para o GP. Um levantamento epidemiológico realizado pelo Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco mensurou uma concordância de 64,1% entre o diagnóstico clínico e histopatológico do GP [22][22]. De acordo

com um levantamento retrospectivo realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Ciências Médicas de Tabriz, no Irã [23][23], o valor de discordância entre os diagnósticos do GP foi de 21,7%. Segundo Ali e Sundaram [5] os sítios mais frequentes para a ocorrência do GP foram gengiva e língua. Quanto ao gênero mais comumente acometido pelo GP, há relatos literários que indicam uma maior prevalência entre mulheres [16][17].

A literatura apresenta dados que demonstram uma maior prevalência de FCG entre a segunda e quarta década de vida [24]. Em relação ao diagnóstico diferencial do FOP, Regezi e Sciubba [25] afirmaram que as lesões vermelhas ulceradas são frequentemente confundidas com GP. Effiom et al. [1] registraram uma maior prevalência do FOP no gênero feminino. Ainda de acordo com Effiom et al. [1], as décadas com maior frequência de ocorrência do FOP registradas foram a segunda e terceira décadas de vida. Segundo levantamento realizado pela Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (UNESP), a segunda e quarta décadas de vida foram as de maior prevalência na ocorrência do FOP [26].

Referente à LPCG, Tatli et al. [20][20] relataram uma discordância de 5,6% entre os diagnósticos clínico e histopatológico. Desse total, 4,9% foram diagnosticados clinicamente como GP e outros 0,7% como hemangioma. No entanto, Seife et al. [21][21] referiram uma concordância diagnóstica de 50% para a LPCG. Kfir et al. [27] relataram não haver gênero predominante para o desenvolvimento da LPCG. Effiom et al. [1] relataram haver predominância pelo gênero feminino. Levantamento realizado pela Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (UNESP) apontou a segunda década de vida registrando a maior prevalência de LPCG [26].

Sendo as LPNN frequentes na mucosa bucal e considerando a importância do conhecimento sobre elas, o objetivo deste trabalho foi fazer o levantamento dessas lesões por meio dos diagnósticos realizados no LPB, analisando as suas principais características e confrontando os dados encontrados com aqueles descritos na literatura.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Realizar um levantamento da incidência de lesões proliferativas não neoplásicas no Laboratório de Patologia Bucal (LPB-UFSC) no período de setembro de 2006 a dezembro de 2015.

3.2 Objetivos específicos

- Fazer um levantamento de todos os casos diagnosticados como HFI, GP, FCG, FOP e LPCG no período de novembro de 2006 a dezembro de 2015 pelo LPB-UFSC;
- Avaliar a incidência dessas lesões dentre todos os diagnósticos feitos pelo LPB-UFSC;
- Verificar o perfil dos pacientes com essas lesões;
- Verificar as características clínicas das lesões;
- Verificar a etiologia das lesões;
- Verificar a concordância entre diagnóstico clínico e diagnóstico histológico das lesões;
- Relacionar os dados obtidos com os dados encontrados na literatura a respeito dessas lesões de tecido mole bucal.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Esta pesquisa é um estudo do tipo observacional descritivo, retrospectivo.

4.2 Aspectos éticos legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 1.005.587 (anexo 1).

4.3 Seleção da amostra

A seleção da amostra foi feita com base nos laudos histopatológicos do LPB-UFSC. Foram selecionados casos com diagnóstico clínico e/ou histológico de HFI, GP, FCG, FOP e LPCG. No grupo das HFI entraram todos os casos os quais eram caracterizados pela hiperplasia do tecido conjuntivo fibroso: fibroma, fibroma de irritação, fibroma focal, hiperplasia fibrosa focal, hiperplasia causada por prótese (épulis fissurada).

4.4 Levantamento dos dados

O levantamento dos dados foi realizado por meio da análise das fichas de biópsia e laudos histopatológicos do LPB-UFSC. Os dados pesquisados foram, em relação aos pacientes: gênero, idade, etnia, faixa etária; em relação às lesões: localização, tamanho e coloração da lesão. Também foram avaliados os fatores etiológicos relacionados às lesões.

4.5 Concordância entre diagnóstico clínico e histológico

As fichas de biópsia e os laudos histopatológicos correspondentes foram analisados em conjunto a fim de verificar a concordância entre o laudo histopatológico emitido pelo LPB-UFSC e o diagnóstico clínico realizado pelos profissionais.

5 RESULTADOS

5.1- LESÕES PROLIFERATIVAS NÃO NEOPLÁSICAS

Após levantamento de 2.400 laudos e fichas de biópsia arquivados pelo LPB-UFSC, obteve-se uma amostra de 534 casos diagnosticados como LPNN, ou seja, 22,25% do total de laudos arquivados pelo laboratório até o momento. Nesta amostra observou-se a presença de maior incidência de LPNN em pacientes do gênero feminino, leucodermas, com faixa etária entre a quarta e quinta décadas de vida (Gráficos 1, 2 e 3).

Em razão de algumas lesões serem registradas concomitantes em mais de um sítio na cavidade bucal, e de algumas informações não terem sido corretamente preenchidas nas fichas de biópsia analisadas, o número de casos referidos nos gráficos pode constar abaixo ou acima dos 534 casos analisados, de acordo com tais variações.

Gráfico 1: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o gênero (amostra de 531 casos).

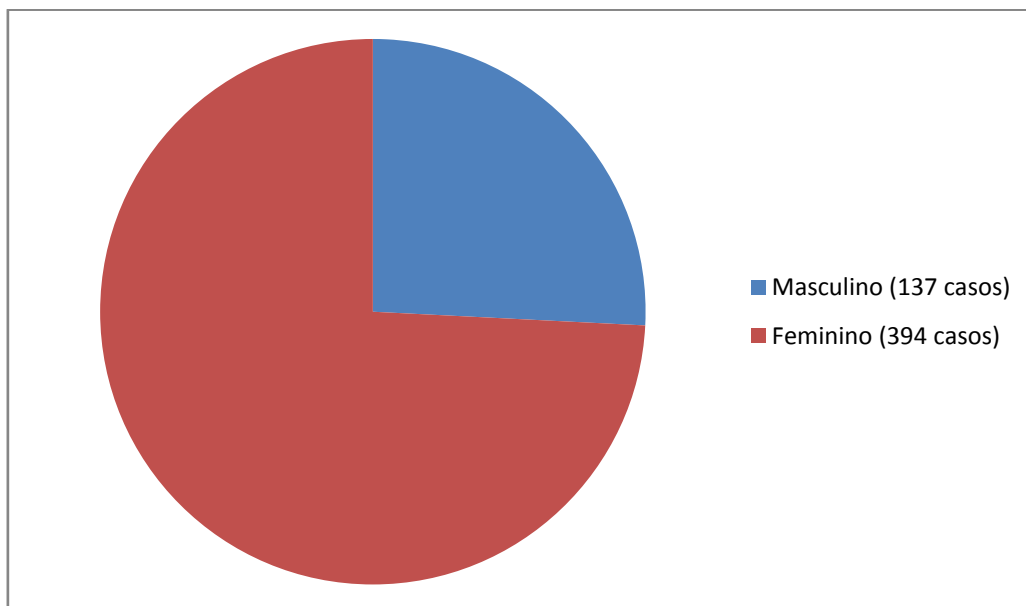


Gráfico 2: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a etnia (amostra de 456 casos).

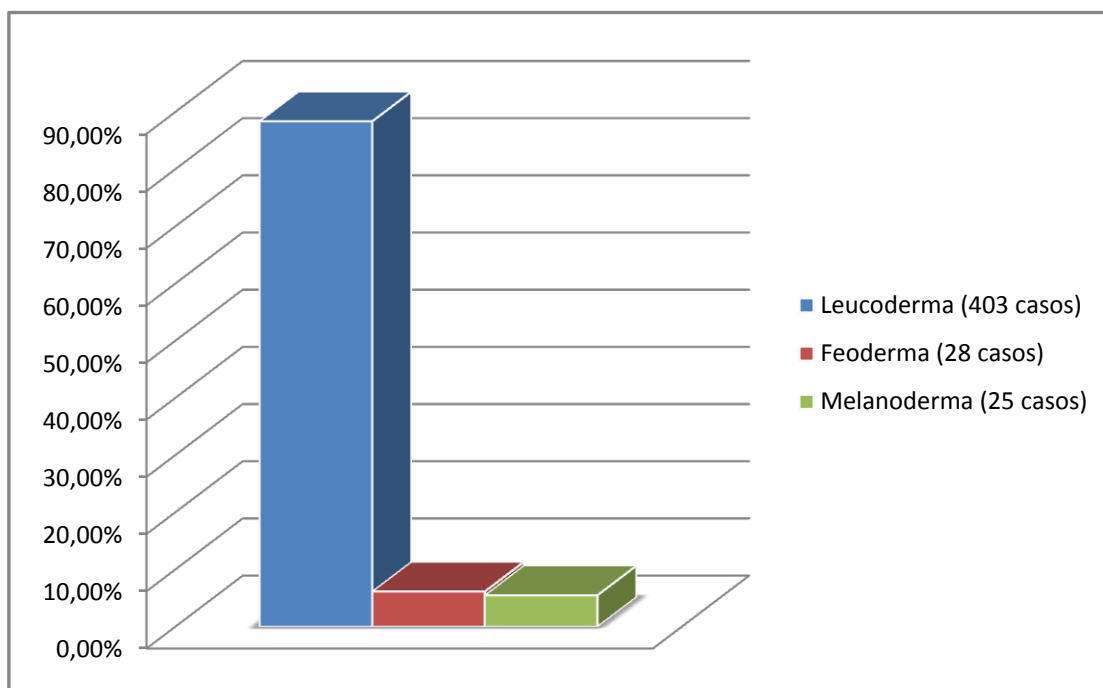
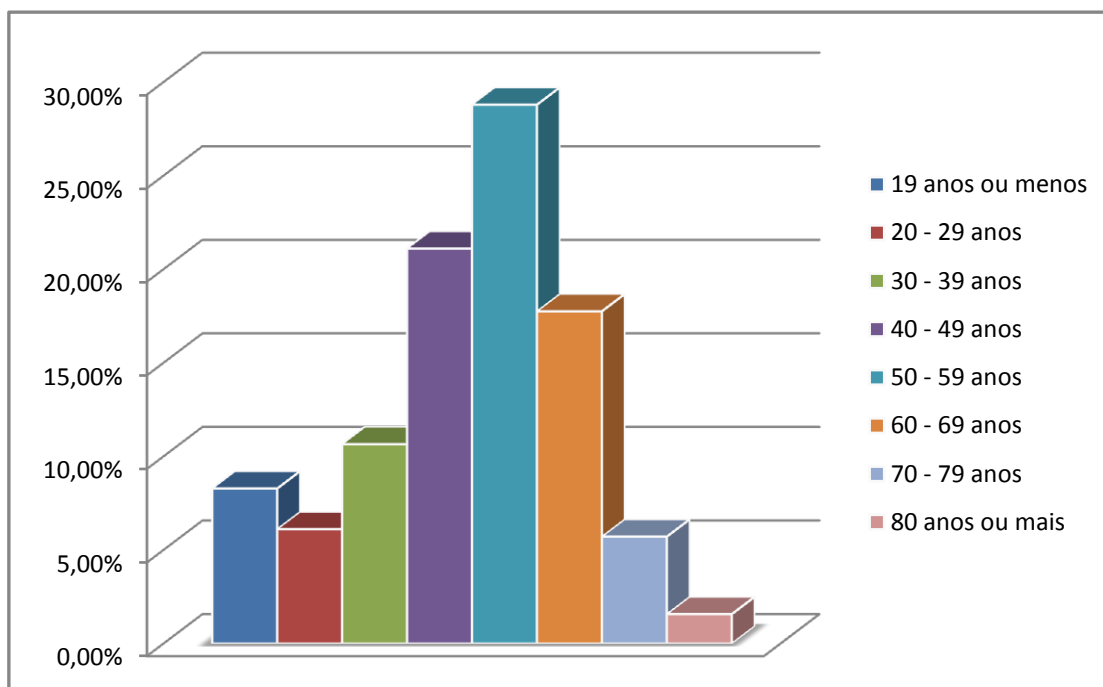


Gráfico 3: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a faixa etária (amostra de 507 casos).



O tempo de evolução mais frequentemente relatado no levantamento foi acima de 4 anos (22,44%), seguido por entre 1 ano e menos de 2 anos (21,08%) (Gráfico 4). Observa-se que apenas 294 casos foram representados no gráfico do tempo de evolução da lesão, pois foram os casos corretamente preenchidos nas fichas de biópsia analisadas.

Em relação à localização das LPNN, observou-se que o sítio mais comum foi a gengiva/rebordo alveolar (32,89%), seguido por língua (16,26%), mucosa jugal (16,26%), lábios e comissuras (14,76%), fundo de vestibulo (11,02%), palato (7,10%) e assoalho bucal (1,68%) (Gráfico 5). O registro final dos sítios de localização das lesões resultou em 535 ocorrências (além de 6 não especificadas) dentre os 534 casos presentes no estudo. O que é justificado pelo fato de algumas lesões serem evidenciadas concomitantemente em mais de um sítio na cavidade bucal.

A coloração das LPNN mais frequentemente registrada clinicamente foi rosácea (72,54%), avermelhada (19,64%), esbranquiçada (4,46%), arroxeadada (2,45%), azulada (0,66%) e amarelada (0,22%) (Gráfico 6). Quanto ao tamanho das lesões, considerou-se o seu tamanho no maior diâmetro. Entre 0,5 cm e 0,9 cm foi o registro mais frequente (30,39%), com entre 1 cm e 1,9 cm (26,79%) e menor que 0,5 cm (24,50%) na sequência (Gráfico 7). Os fatores etiológicos das LPNN mais prevalentes foram próteses mal adaptadas (61,61%), trauma crônico (30,63%), cúspides cortantes (1,34%) e aparelho ortodôntico (1,01%) (Gráfico 8).

Gráfico 4: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o tempo de evolução da lesão (amostra de 294 casos).

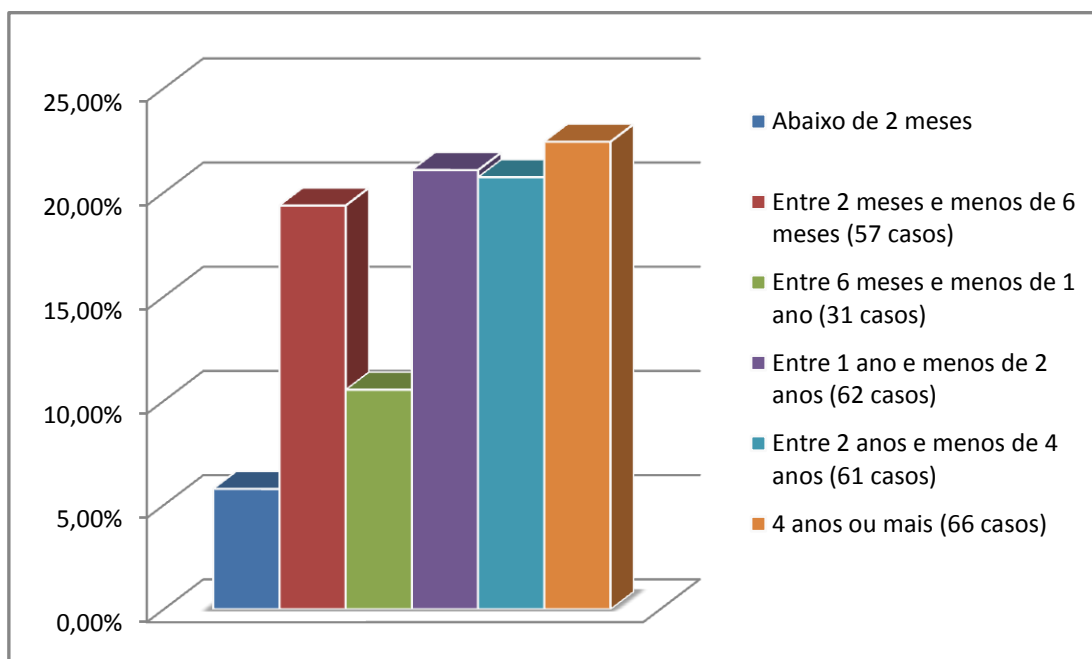


Gráfico 5: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 534 casos).

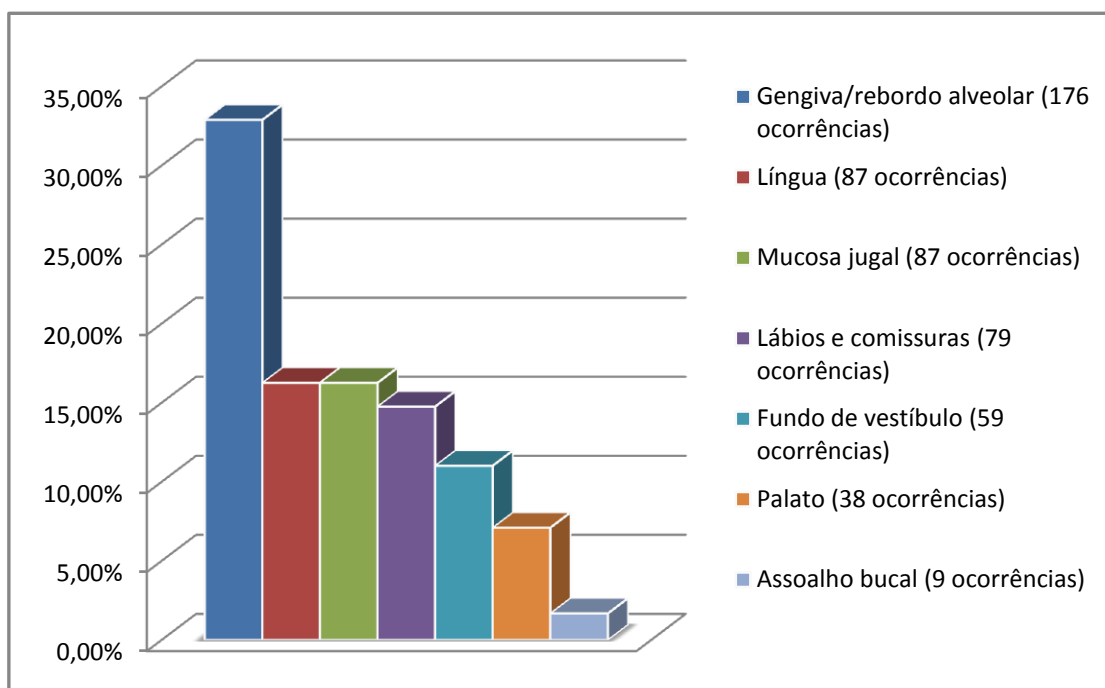


Gráfico 6: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com a coloração da lesão (amostra de 448 casos).

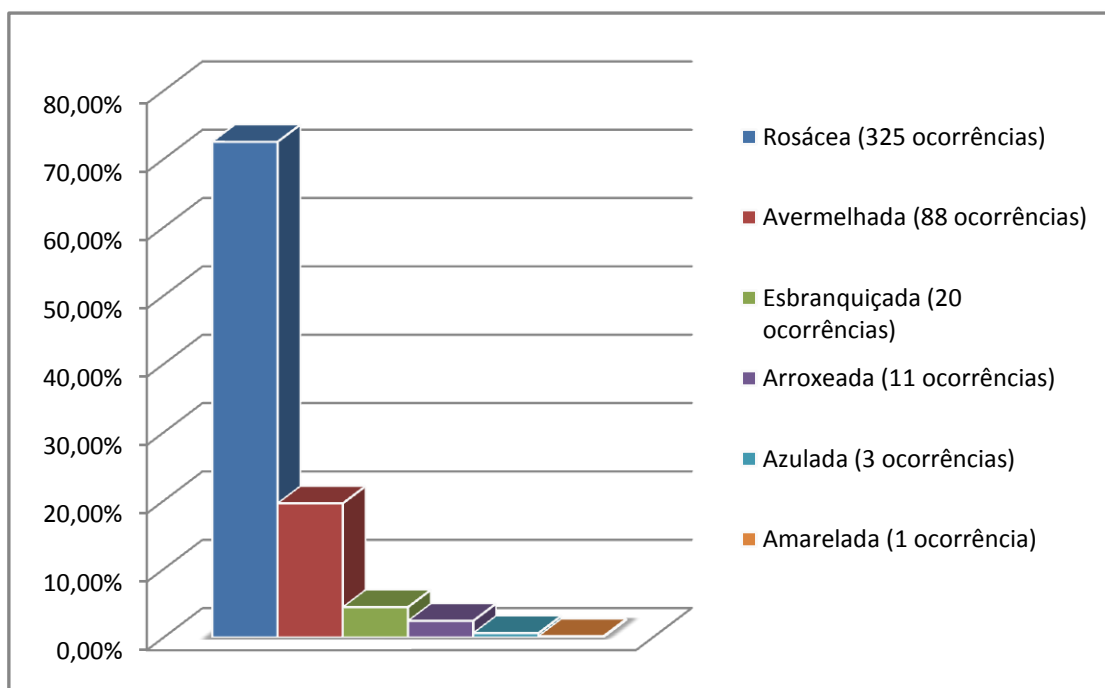


Gráfico 7: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 306 casos).

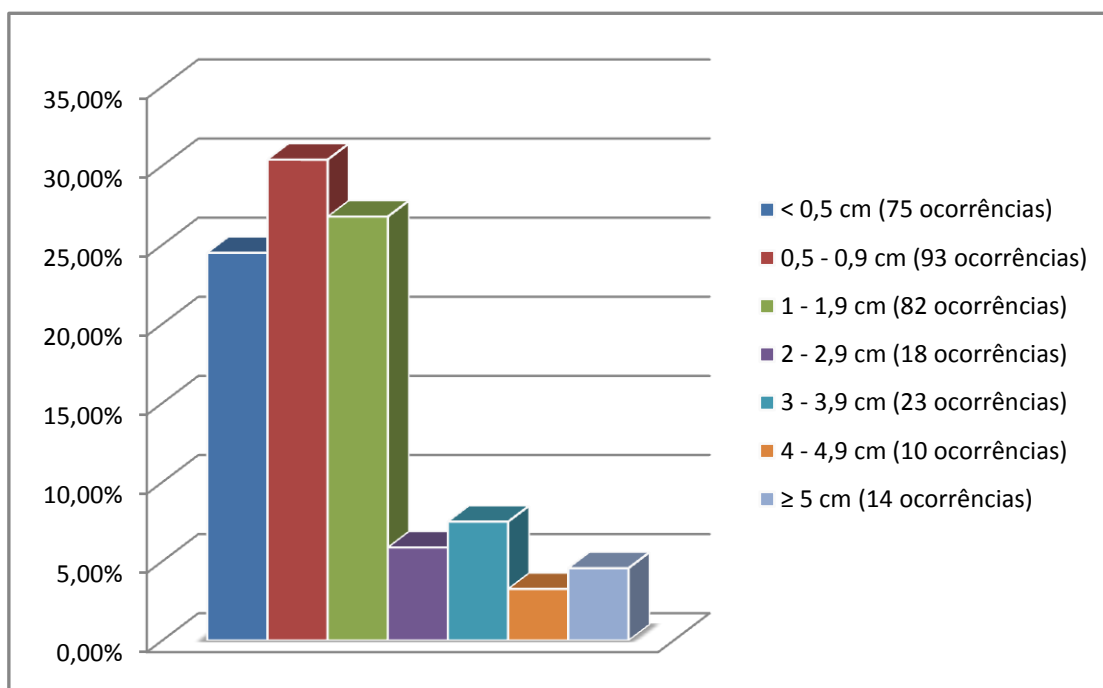
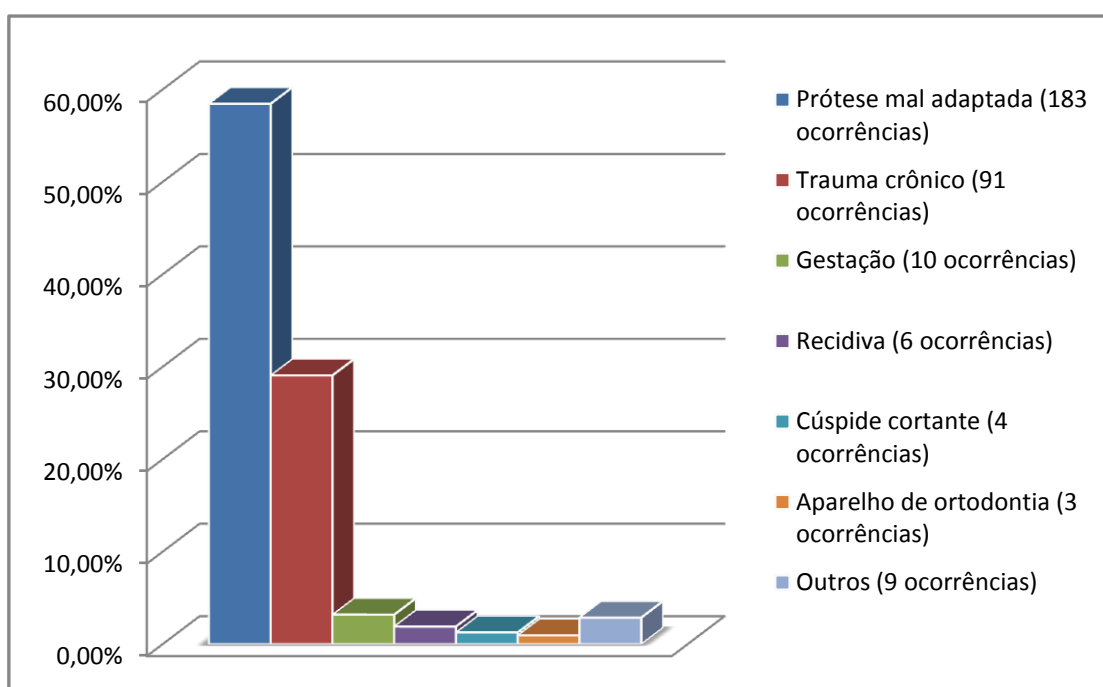


Gráfico 8: Distribuição dos casos de LPNN de acordo com o fator etiológico (amostra de 297 casos).



Separando-se os casos diagnosticados de LPNN por grupo de lesão, a HFI foi a mais registrada (72,09%), seguida por GP (11,79%), FCG (7,30%), FOP (5,24%) e LPCG (3,55%) (Gráfico 9). Em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico, observou-se que 82,5% dos casos diagnosticados obtiveram concordância diagnóstica, enquanto 17,5% foram discordantes (Gráfico 10).

Gráfico 9: Distribuição dos casos de LPNN por tipo de lesão (amostra de 534 casos).

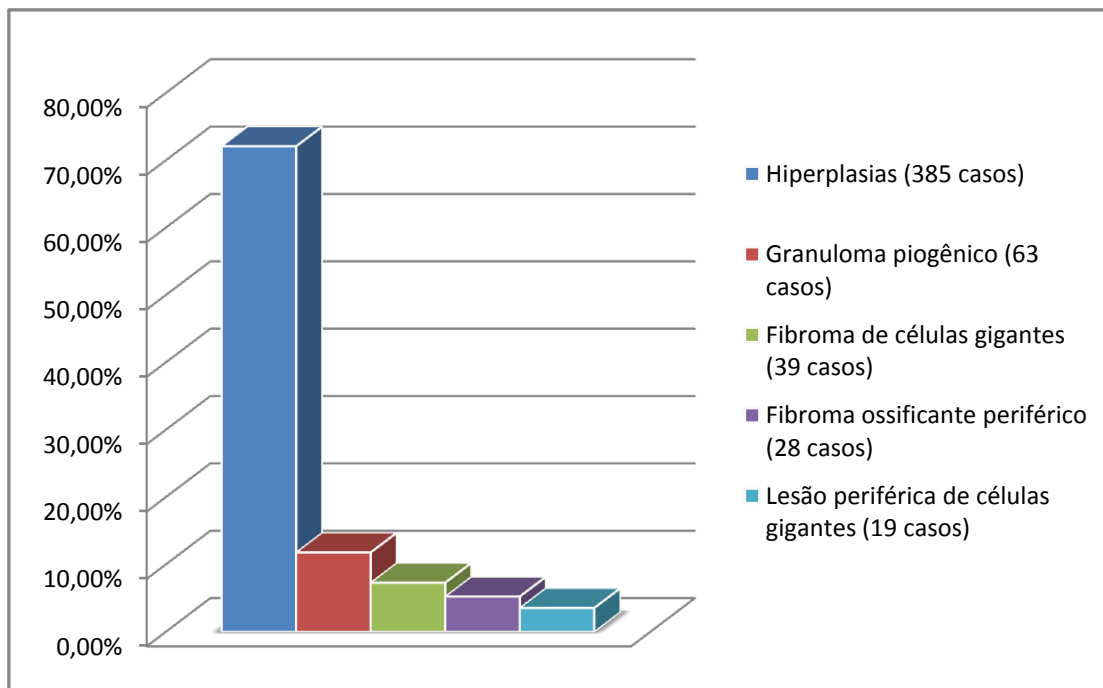
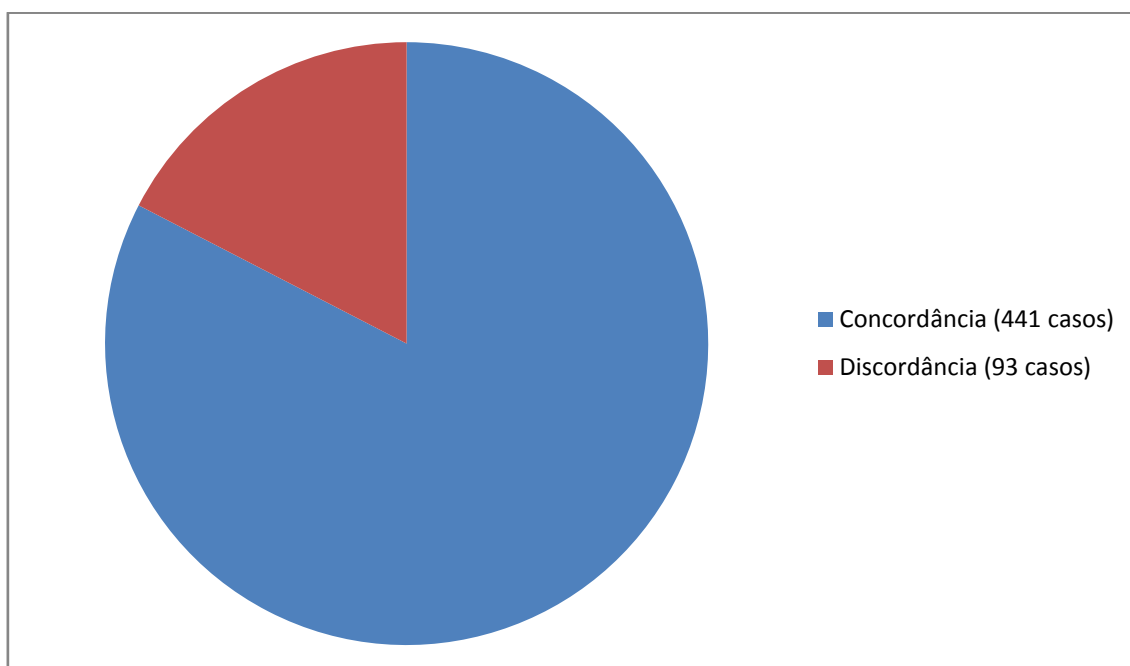


Gráfico 10: Distribuição dos casos de LPNN em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 534 casos).



5.2 – HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATÓRIA

A prevalência das hiperplasias foi maior entre o gênero feminino, correspondendo a 76,36% dos casos analisados (Gráfico 11). A faixa etária de maior prevalência foi a sexta década de vida (32,41%), com a quinta e sétima décadas vindo na sequência com 22,25% cada, seguidas pela quarta (9,61%) e oitava (7,14%) décadas (Gráfico 12).

Gráfico 11: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o gênero (amostra de 385 casos).

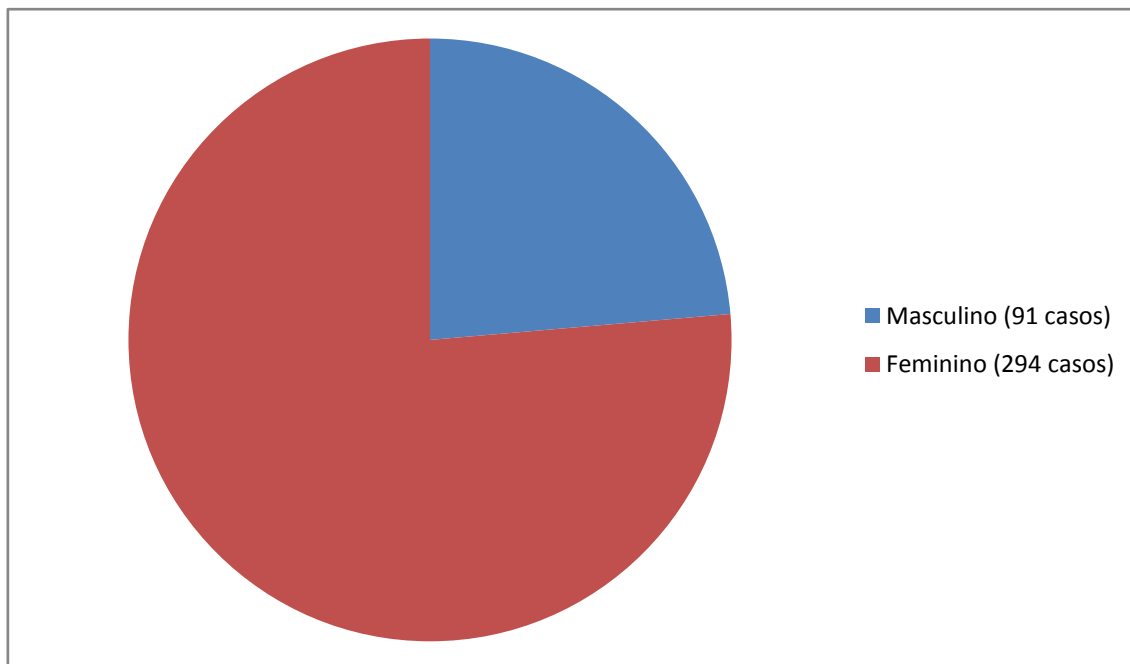
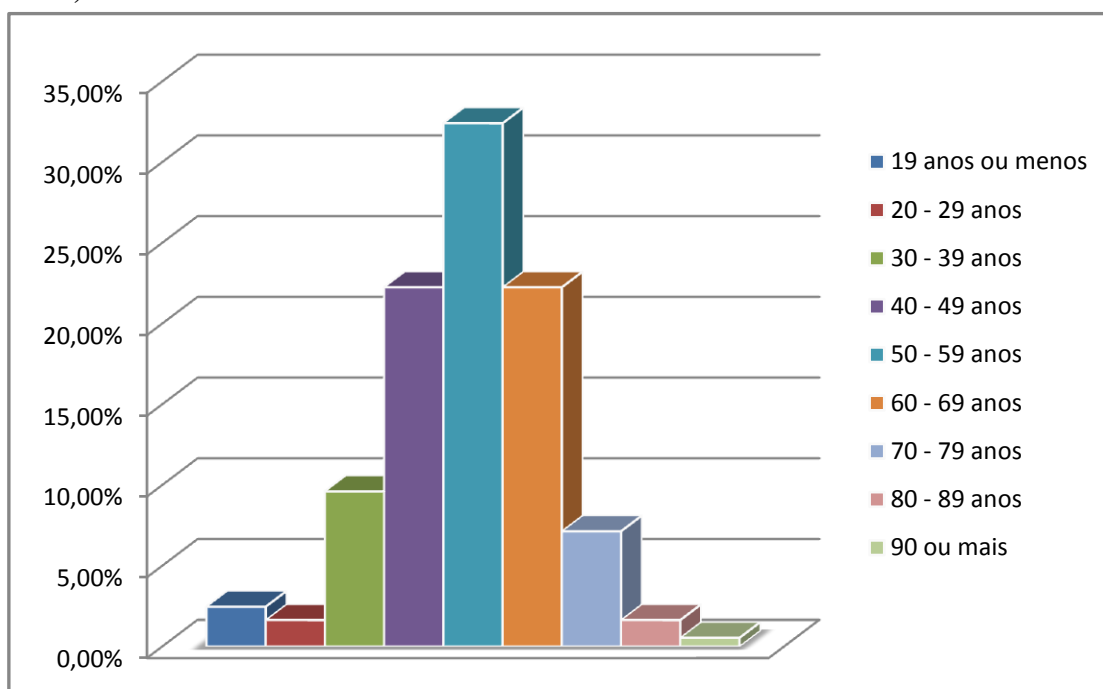


Gráfico 12: Distribuição dos casos de HFI de acordo com a faixa etária (amostra de 364 casos).



As localizações mais frequentemente observadas em relação à HFI foram gengiva/rebordo alveolar (22,07%), mucosa jugal (20,77%), lábios e comissuras (17,40%), fundo de vestibulo (14,80%), língua (14,28%), palato (8,31%) e assoalho bucal (2,33%) (Gráfico 13). Em relação à coloração da HFI, as mais relatadas foram a rosácea (83,93%), avermelhada (11,21%) e esbranquiçada (4,54%) (Gráfico 14). Quanto ao tamanho das HFI, mensurado no seu maior diâmetro, o de maior frequência foi entre 0,5 cm e 1 cm (30,14%), menor do que 0,5 cm (25,34%) e entre 1 cm e 1,9 cm (22,58%) (Gráfico 15). Os fatores etiológicos mais frequentemente citados para a HFI foram as próteses mal adaptadas (68,69%) e trauma crônico (27,64%) (Gráfico 16).

Gráfico 13: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 385 casos).

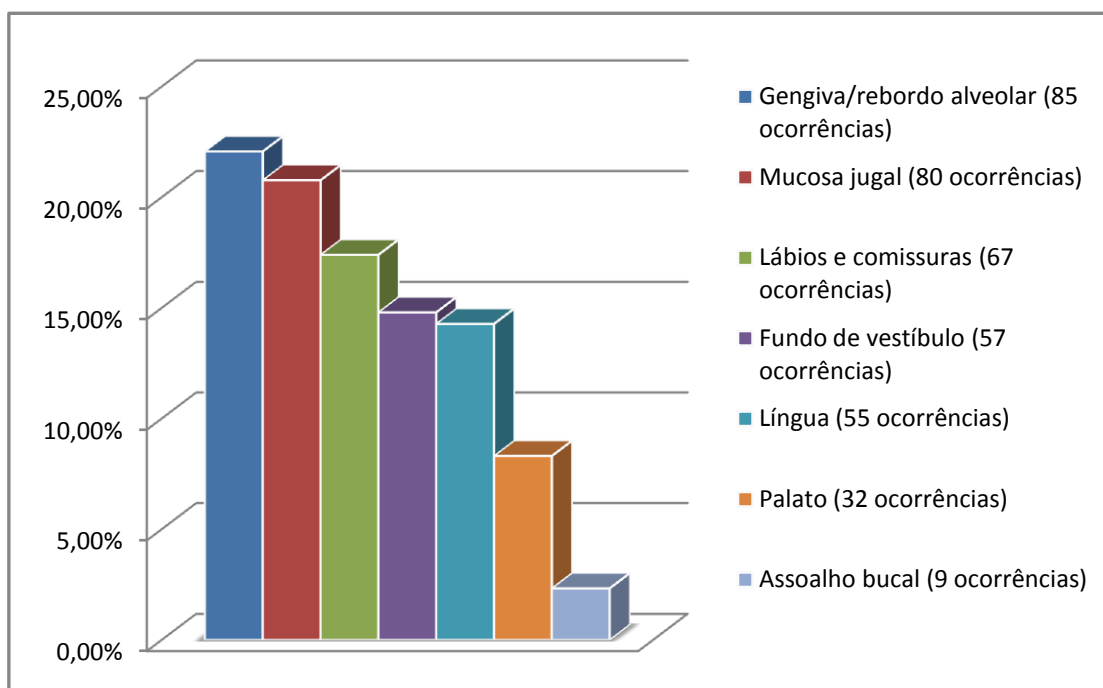


Gráfico 14: Distribuição dos casos de HFI de acordo com a coloração da lesão (amostra de 330 casos).

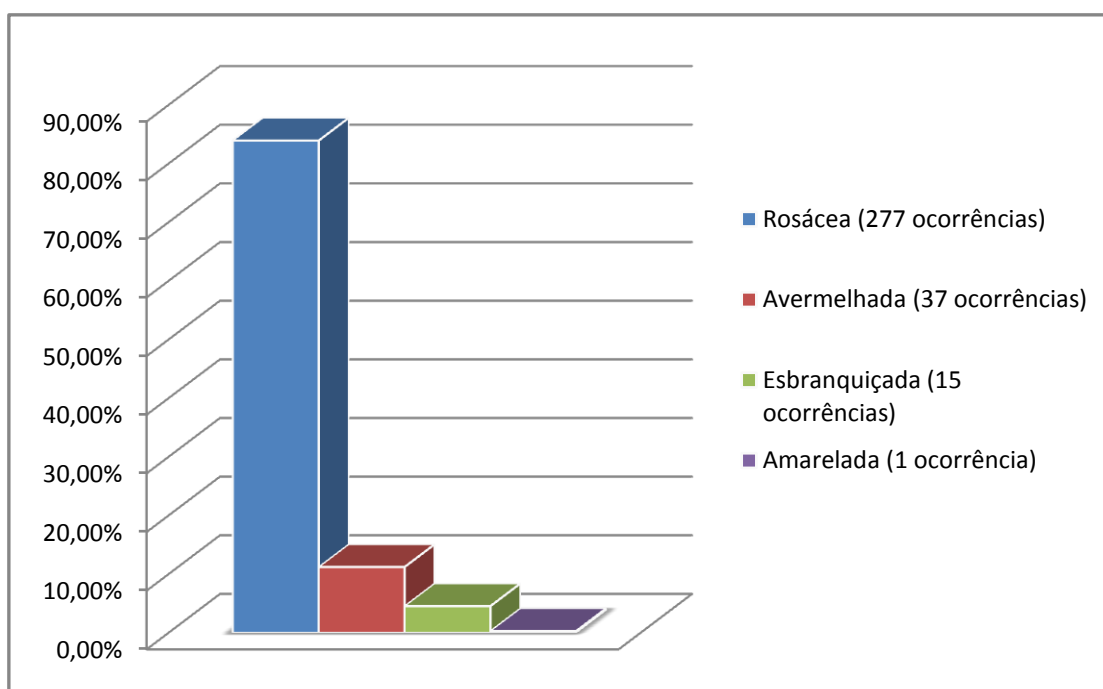


Gráfico 15: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 217 casos).

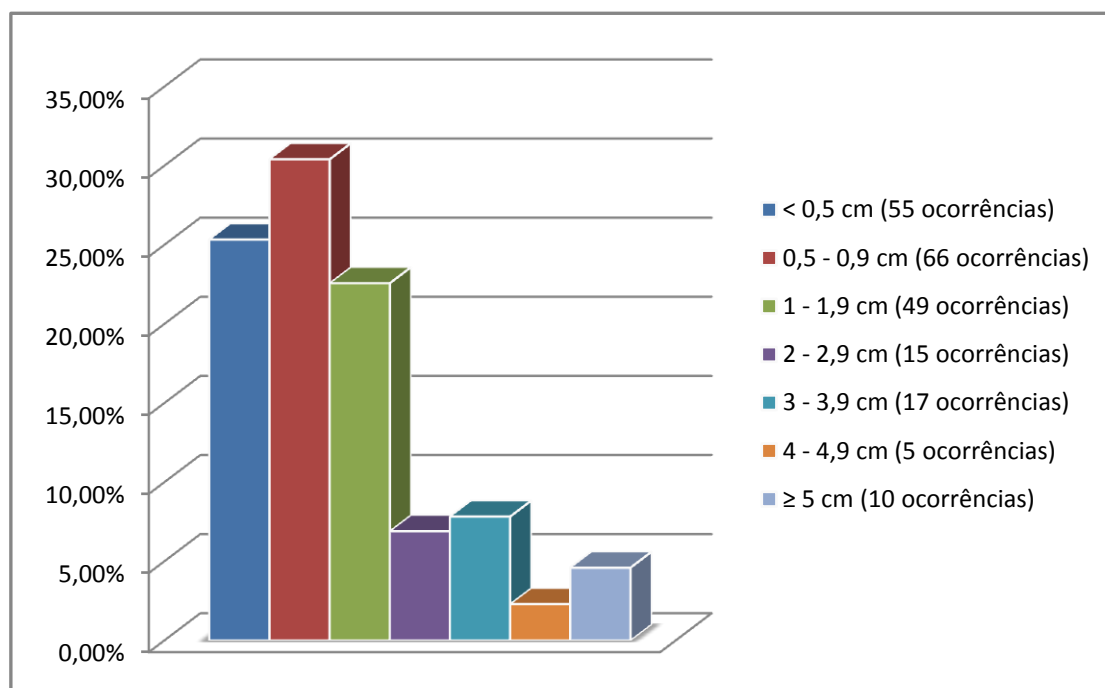
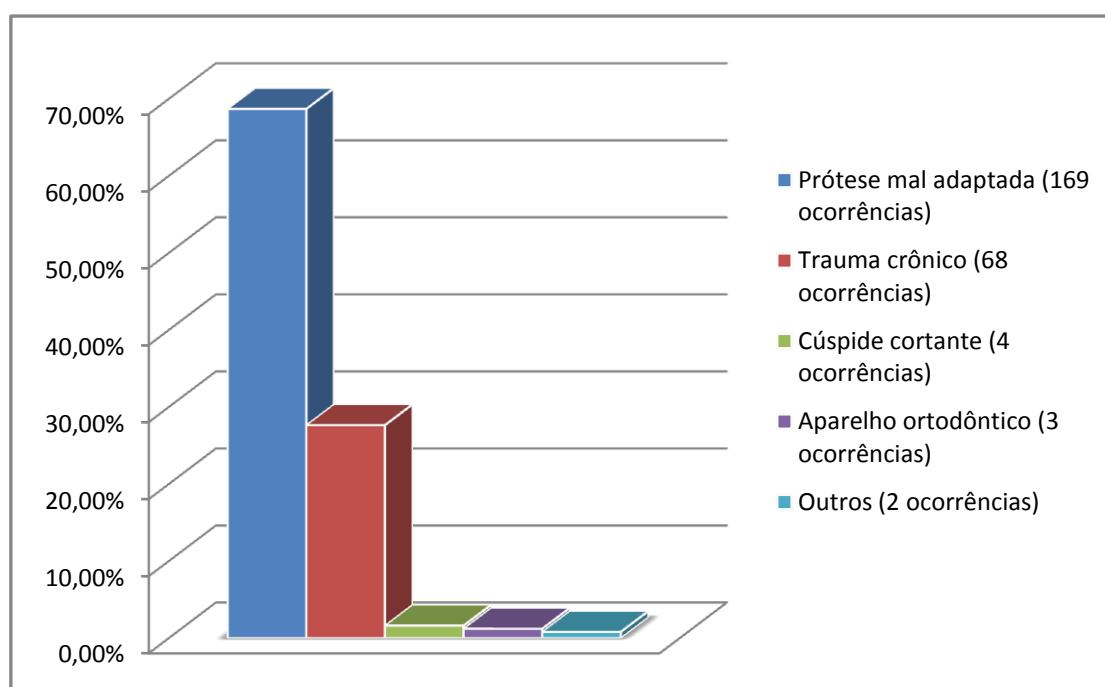
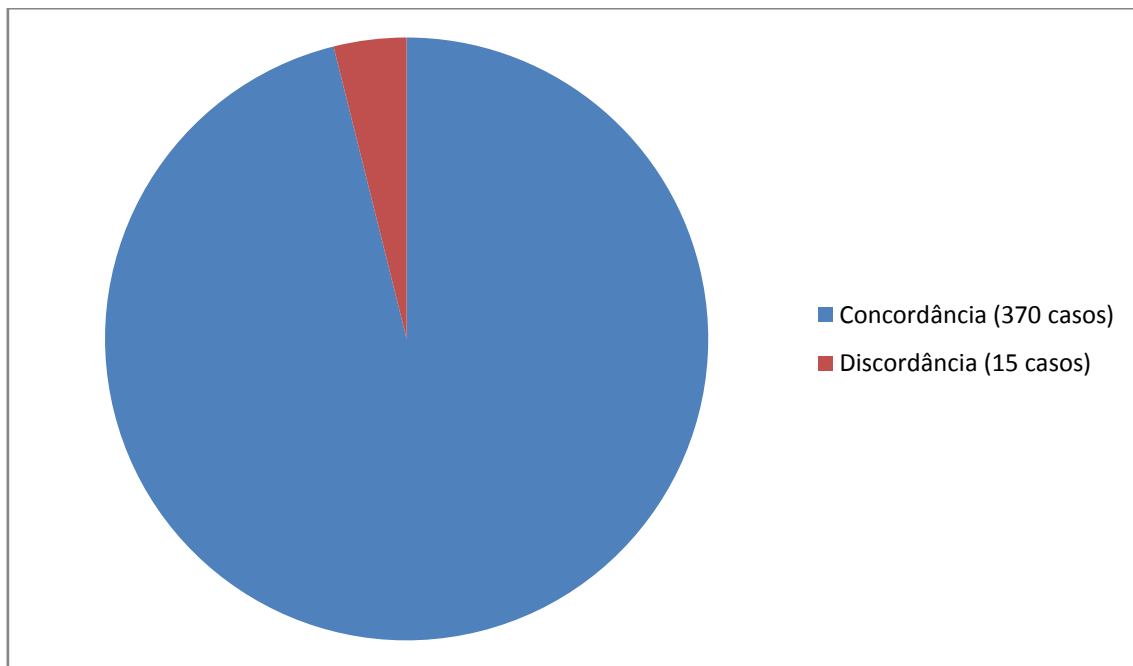


Gráfico 16: Distribuição dos casos de HFI de acordo com o fator etiológico (amostra de 246 casos).



A concordância observada entre o diagnóstico clínico e histopatológico referente à HFI foi de 96,10% (Gráfico 17), o maior valor entre os grupos de LPNN individualmente analisados neste estudo.

Gráfico 17: Distribuição dos casos de HFI em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 385 casos).



5.3 – GRANULOMA PIOGÊNICO

Observa-se uma maior prevalência do GP no sexo feminino (74,20%) (Gráfico 18). As décadas mais acometidas pelo GP foram a primeira e segunda (21,66% para ambas), sexta década (21,66%) e terceira década (18,33%). (Gráfico 19).

Gráfico 18: Distribuição dos casos de GP de acordo com o gênero (amostra de 62 casos).

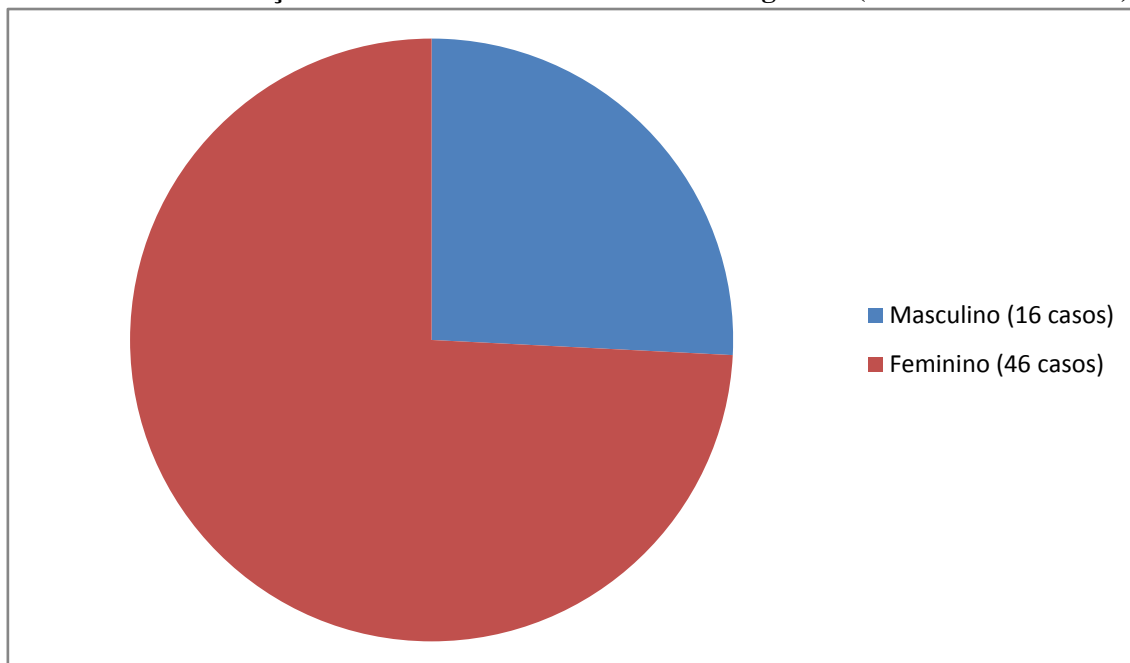
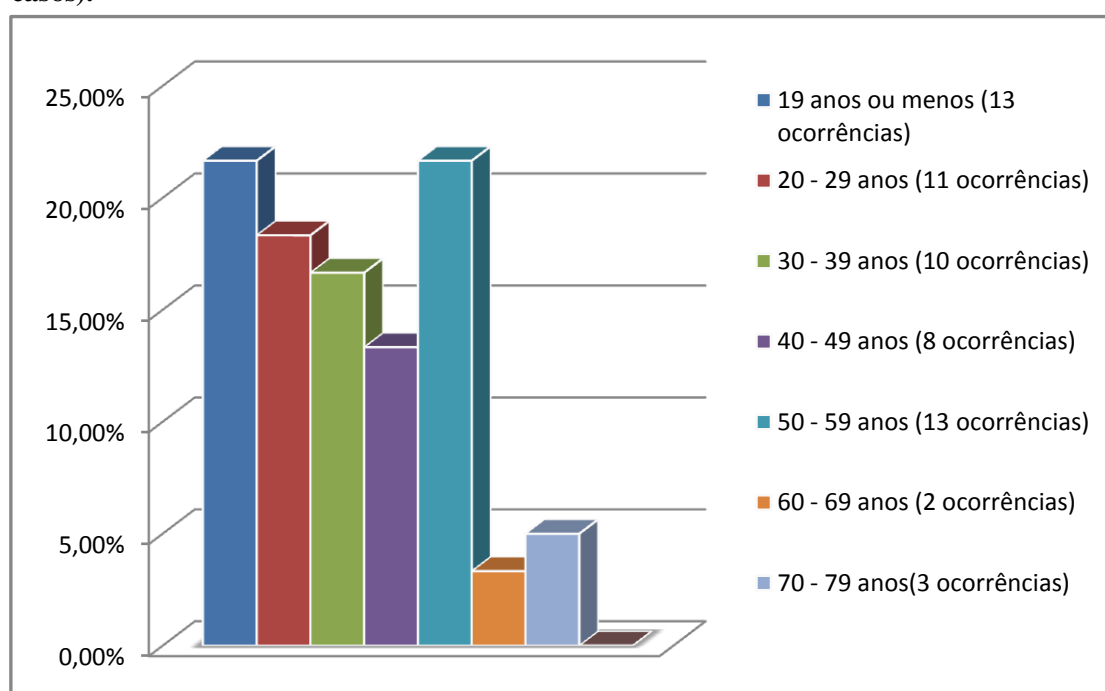


Gráfico 19: Distribuição dos casos de GP de acordo com a faixa etária (amostra de 60 casos).



O sítio mais comum de localização do GP foi a gengiva/rebordo alveolar (53,96%), seguido por língua (20,63%), lábios e comissuras (17,46%), fundo de vestibulo (3,17%), palato (3,17%) e mucosa jugal (1,58%) (Gráfico 20). A coloração mais frequente para o GP foi avermelhada (69,23%), seguida por rosácea (25%) e arroxeada (5,77%) (Gráfico 21). Em relação ao tamanho da lesão do GP, o valor mais registrado foi entre 1 cm e 1,9 cm (38,23%), entre 0,5 cm e 0,9 cm (32,35%) e menor do que 0,5 cm (14,70%) (Gráfico 22). O fator etiológico mais frequentemente citado foi trauma crônico (44%), prótese mal adaptada (28%), placa bacteriana (16%), implantes (8%) e exodontia (4%) (Gráfico 23). É importante salientar que um total de 7 casos foram relatados durante o período gestacional, e outros 5 casos foram caracterizados como lesões recidivantes.

Gráfico 20: Distribuição dos casos de GP de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 63 casos).

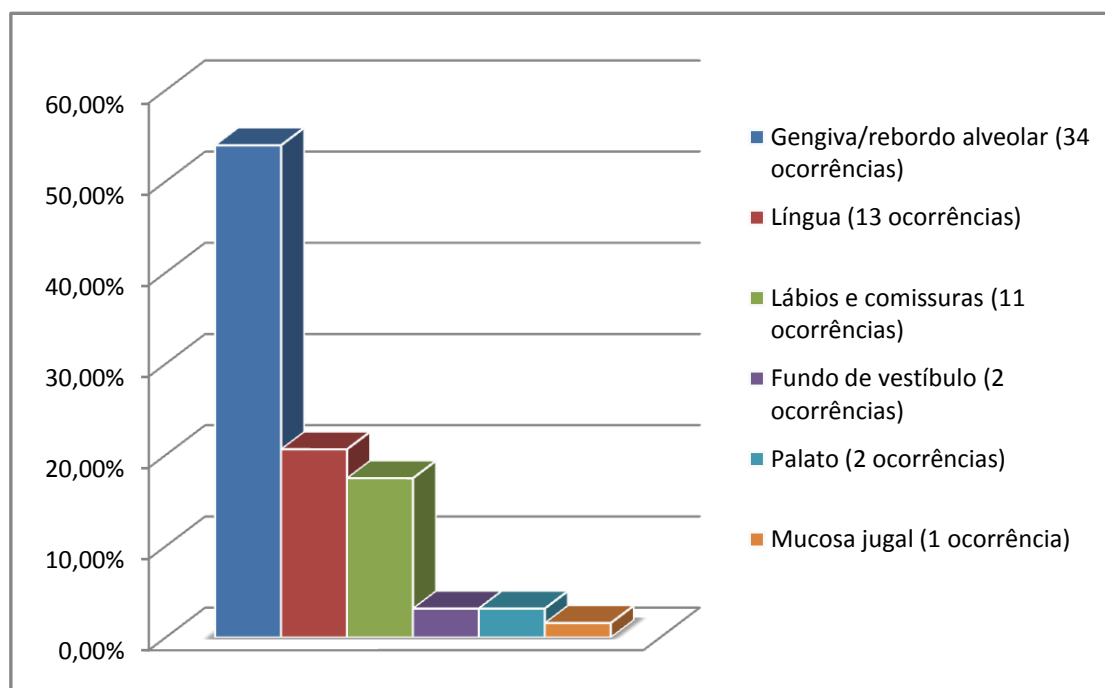


Gráfico 21: Distribuição dos casos de GP de acordo com a coloração da lesão (amostra de 52 casos).

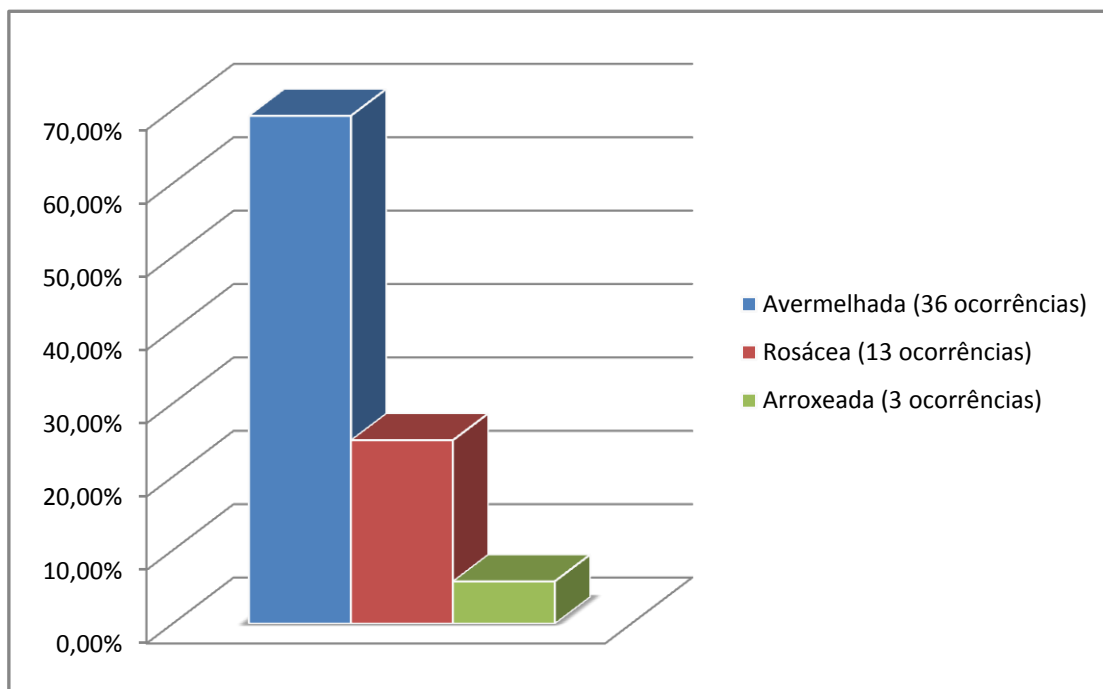


Gráfico 22: Distribuição dos casos de GP de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 34 casos).

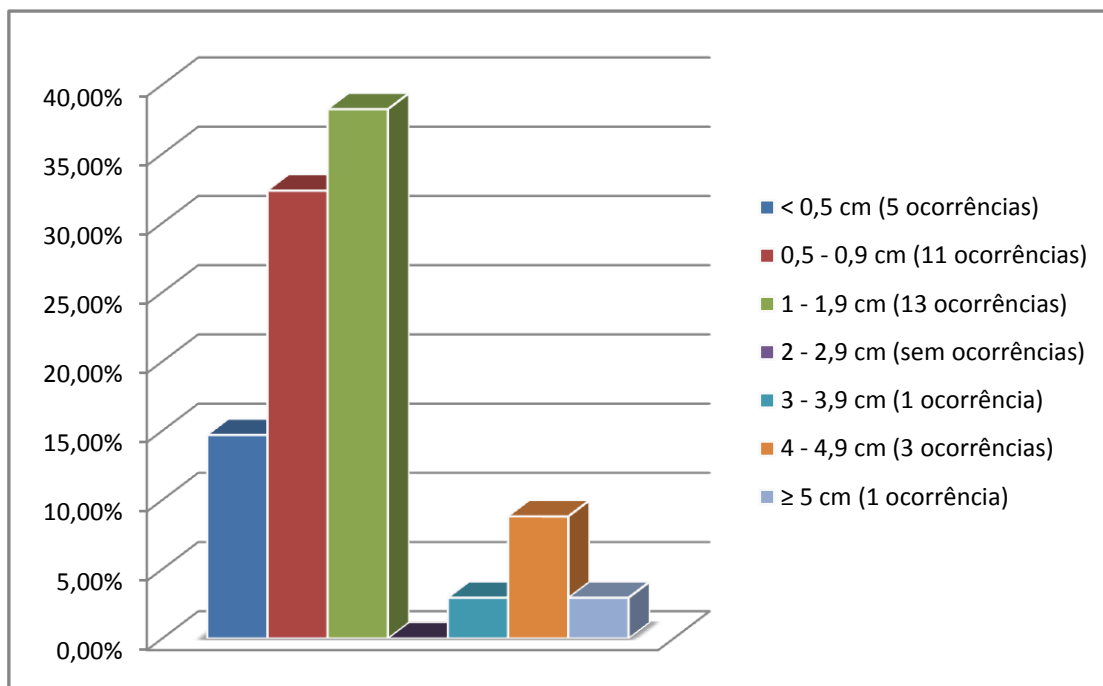
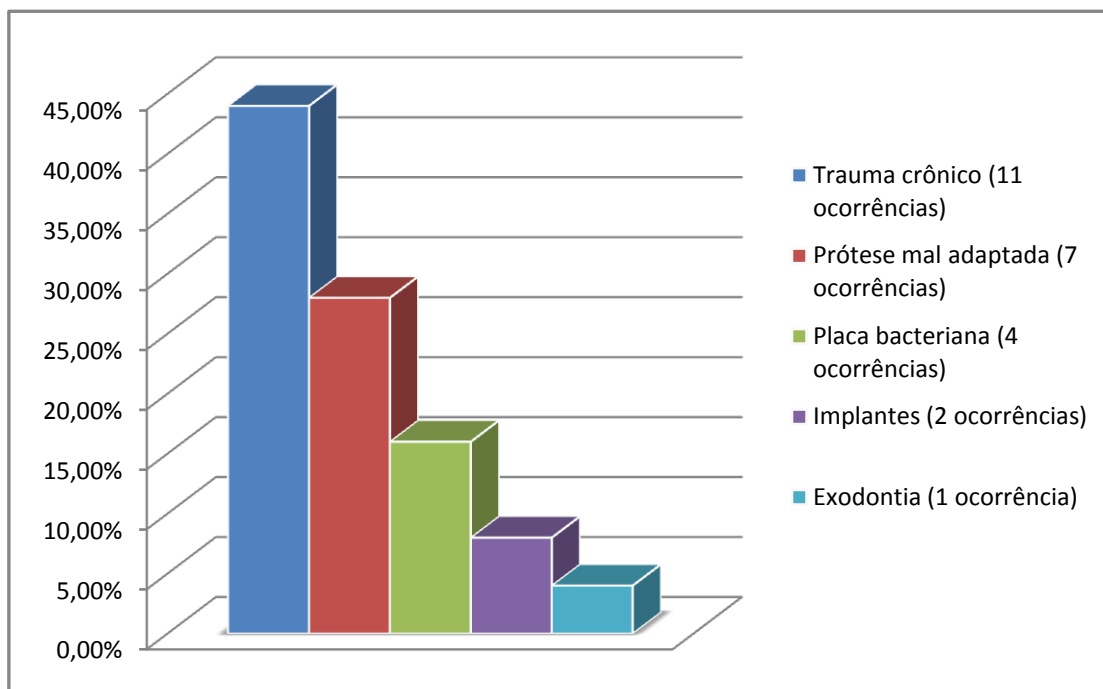
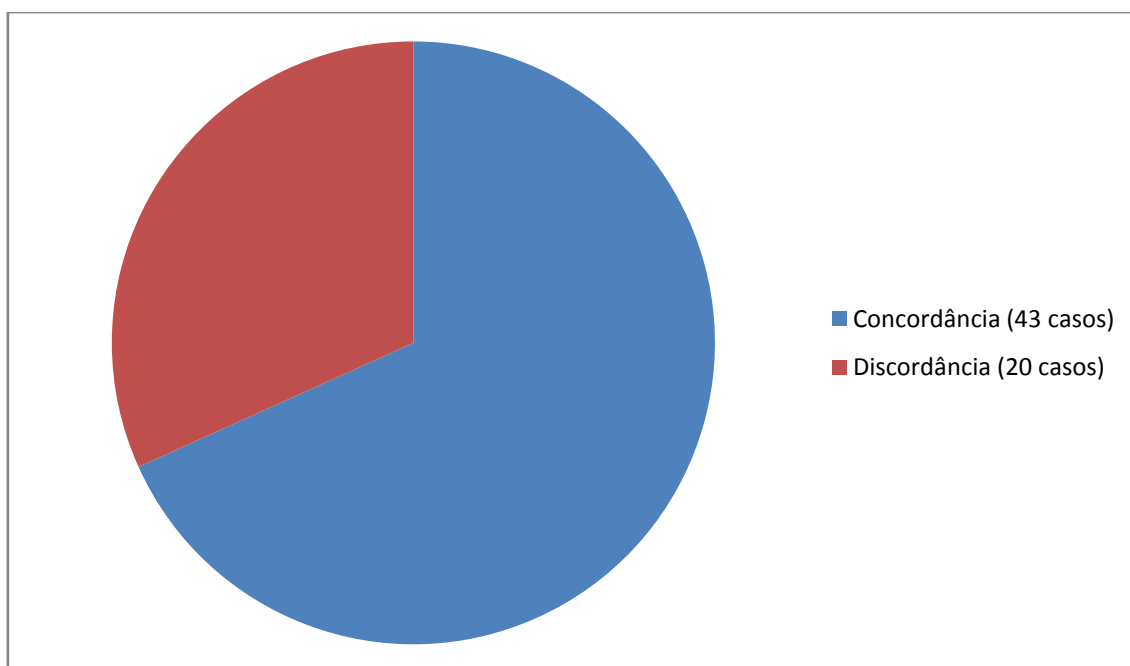


Gráfico 23: Distribuição dos casos de GP de acordo com o fator etiológico (amostra de 25 casos).



A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico do GP foi de 68,25% concordantes, enquanto a discordância representou 31,75% dos casos (Gráfico 24).

Gráfico 24: Distribuição dos casos de GP em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 63 casos).



5.4 – FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES

Observou-se nos casos de FCG que o gênero mais acometido foi o feminino, com 61,53% do total de casos da amostra (Gráfico 25). Na análise das faixas etárias, observa-se um maior número de casos na quarta década de vida (32,43%), seguida pela quinta (24,32%) e primeira e segunda (21,62% para ambas) (Gráfico 26).

Gráfico 25: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o gênero (amostra de 39 casos).

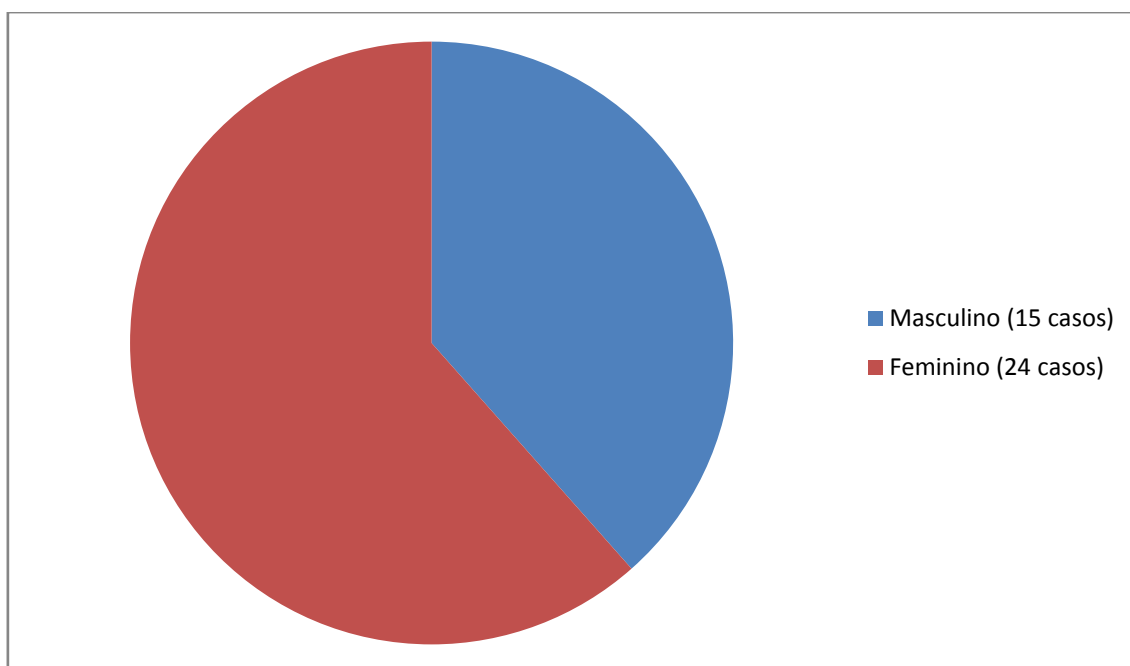
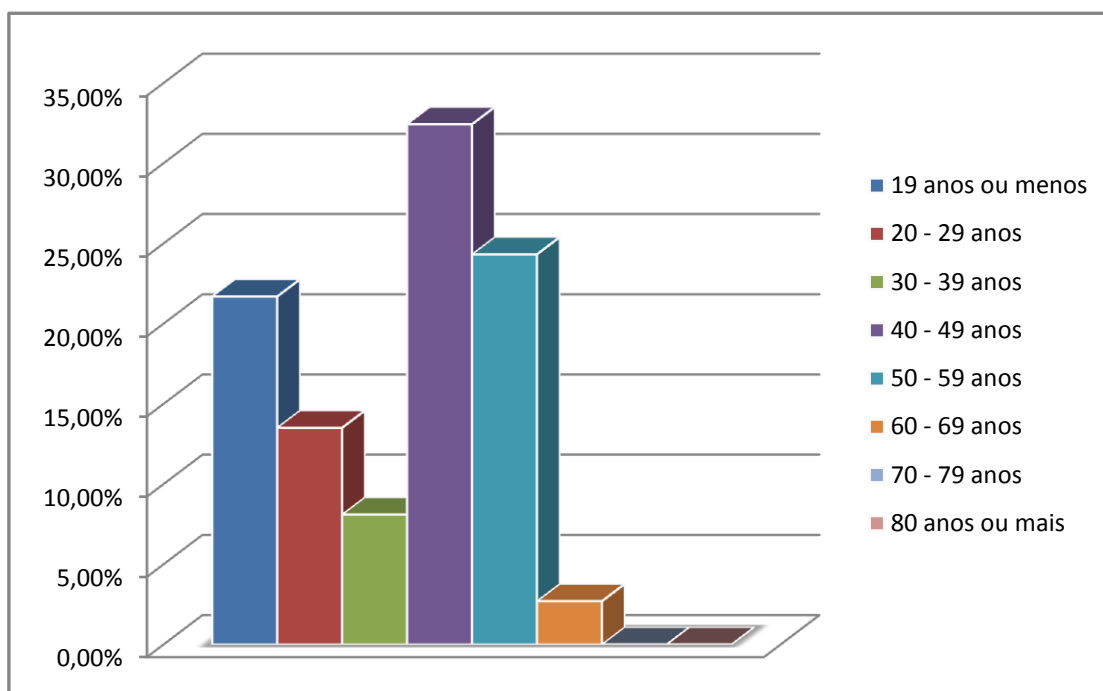


Gráfico 26: Distribuição dos casos de FCG de acordo com a faixa etária (amostra de 37 casos).



Em relação à localização do FCG, a mais frequente foi a língua (50%), seguida por gengiva/rebordo alveolar (26,31%), mucosa jugal (15,78%), palato (5,26%), lábios e comissuras (2,63%) (Gráfico 27). A coloração mais comum para o FCG foi a rosácea (78,12%), seguida pela esbranquiçada (15,62%) e pela avermelhada (6,25%) (Gráfico 28). Quanto ao tamanho das lesões, aquelas registradas com diâmetro inferior a 0,5 cm foram as mais prevalentes, representando 51,74% do total, seguidas pelo grupo de lesões entre 0,5 cm e 1 cm, com 37,93% do total de lesões. (Gráfico 29). Os fatores etiológicos citados como mais frequentes para o FCG foram as próteses mal adaptadas (71,42%) e trauma crônico (28,58%) (Gráfico 30).

Gráfico 27: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o sítio de localização da lesão (amostra de 38 casos).

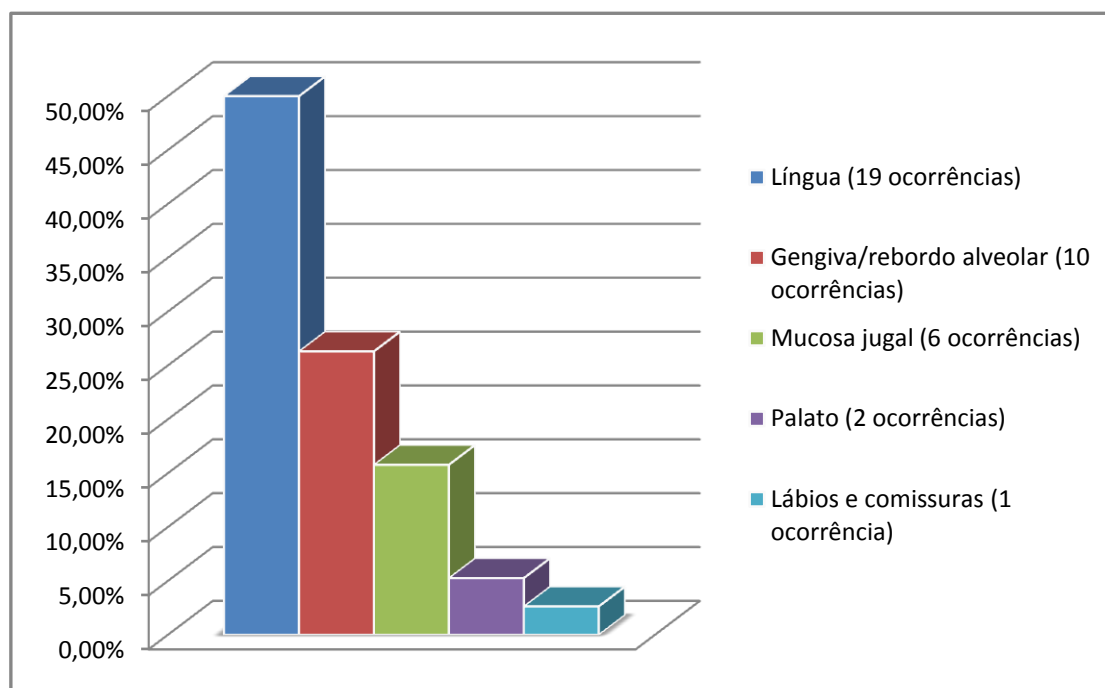


Gráfico 28: Distribuição dos casos de FCG de acordo com a coloração da lesão (amostra de 32 casos).

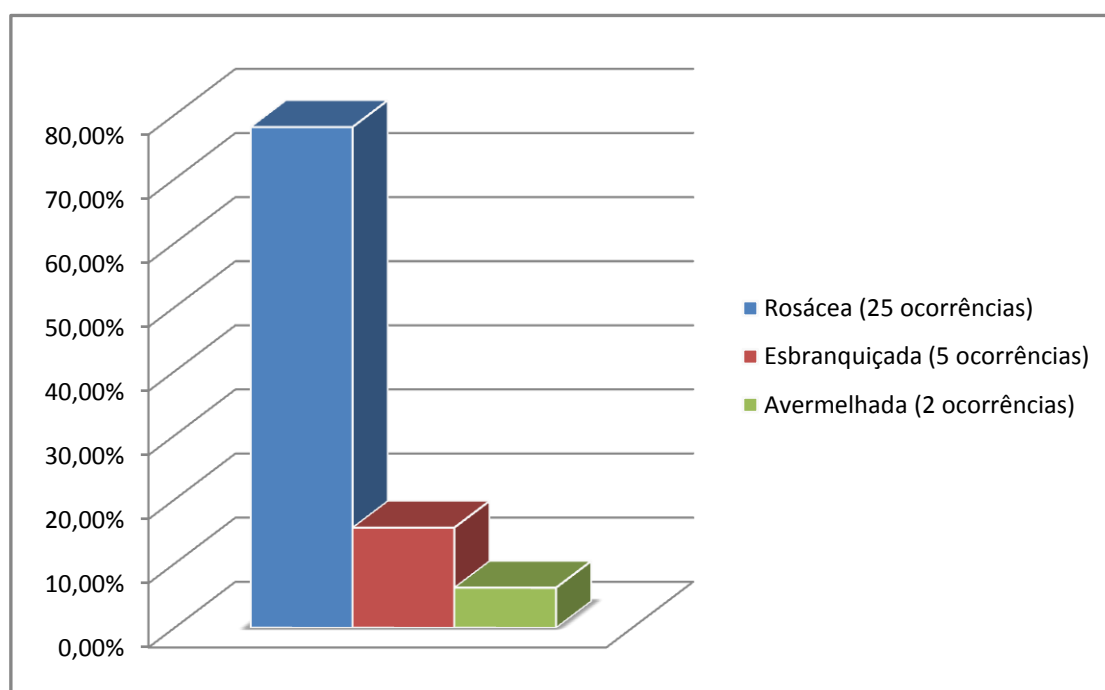


Gráfico 29: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 29 casos).

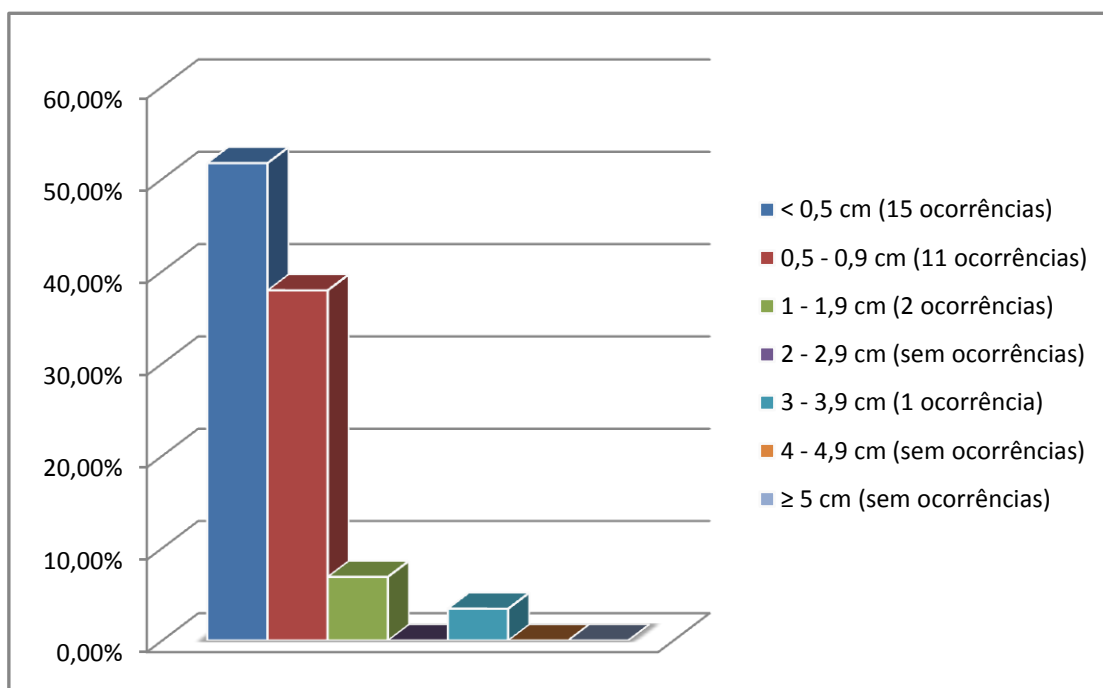
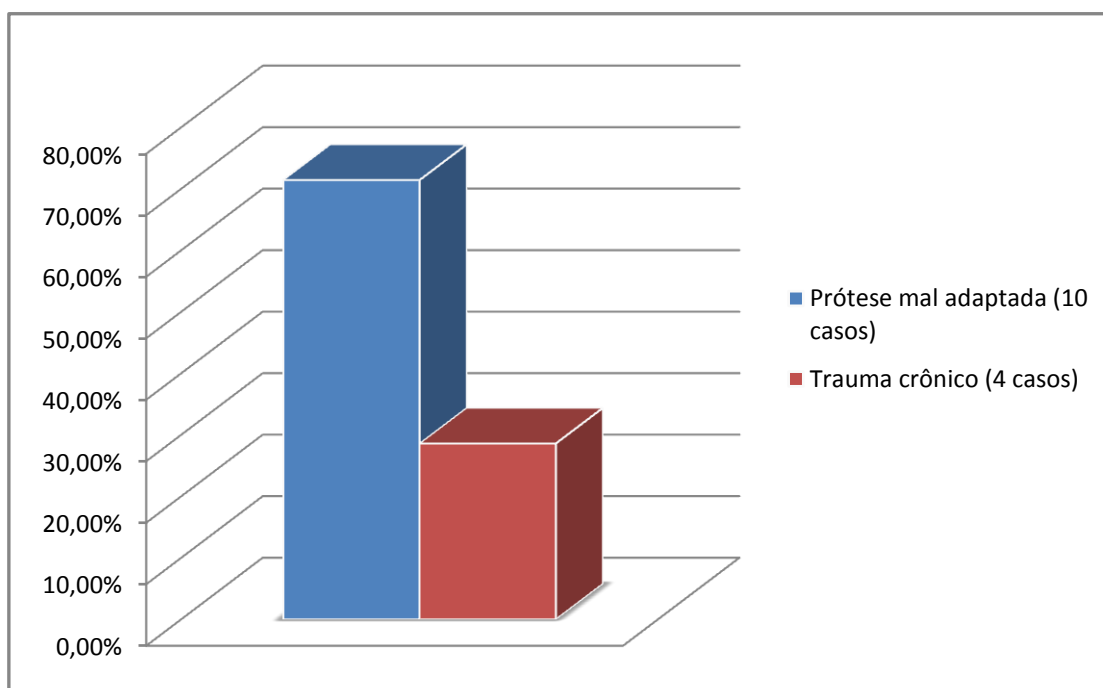
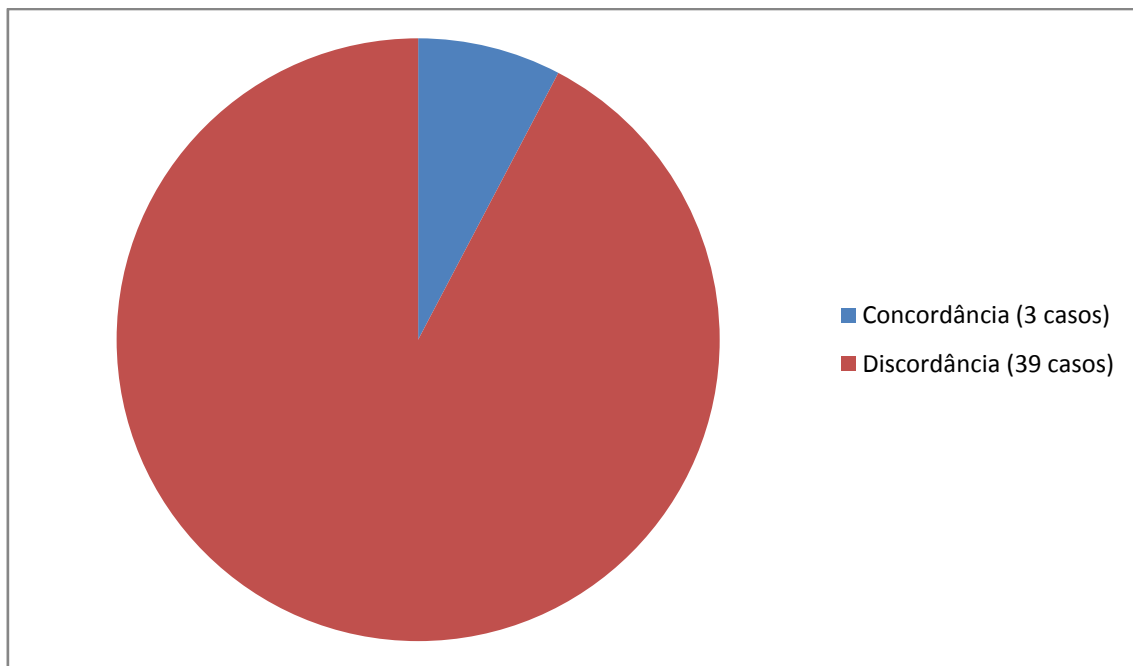


Gráfico 30: Distribuição dos casos de FCG de acordo com o fator etiológico (amostra de 14 casos).



A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico obteve o menor valor entre todos os casos levantados neste estudo (7,70%), de forma que a discordância diagnóstica correspondeu a 92,30% dos casos de FCG (Gráfico 31).

Gráfico 31: Distribuição dos casos de FCG em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 39 casos).



5.5 – FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO

A prevalência de FOP foi maior entre o gênero feminino, com 85,71% do total de casos analisados (Gráfico 32). As faixas etárias mais acometidas pelo FOP foram a terceira (25%) e quarta (21,42%) décadas (Gráfico 33).

Gráfico 32: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o gênero (amostra de 28 casos).

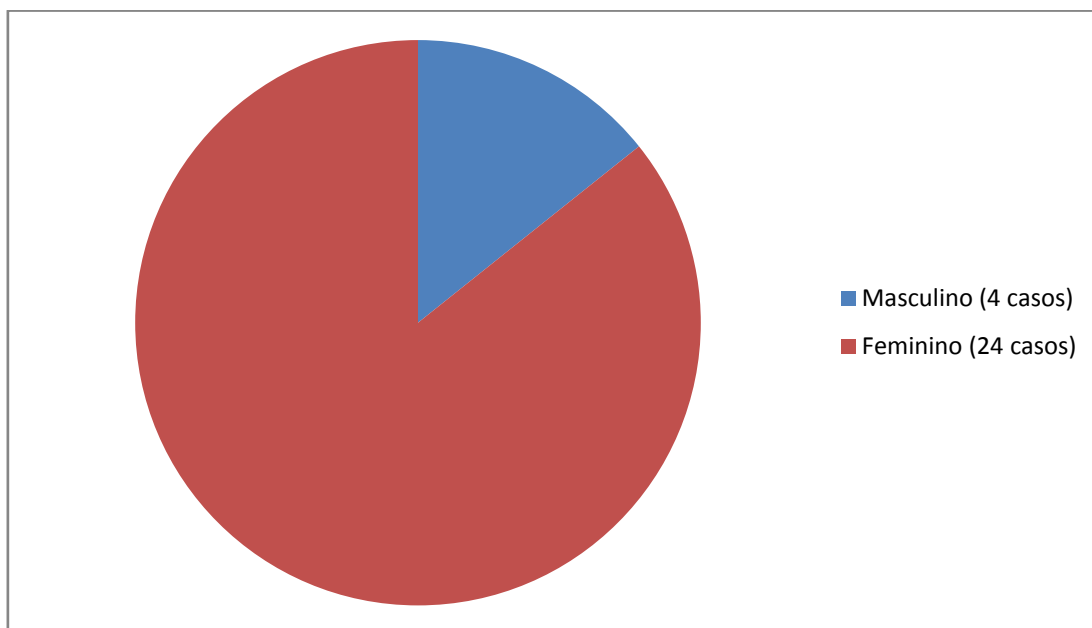
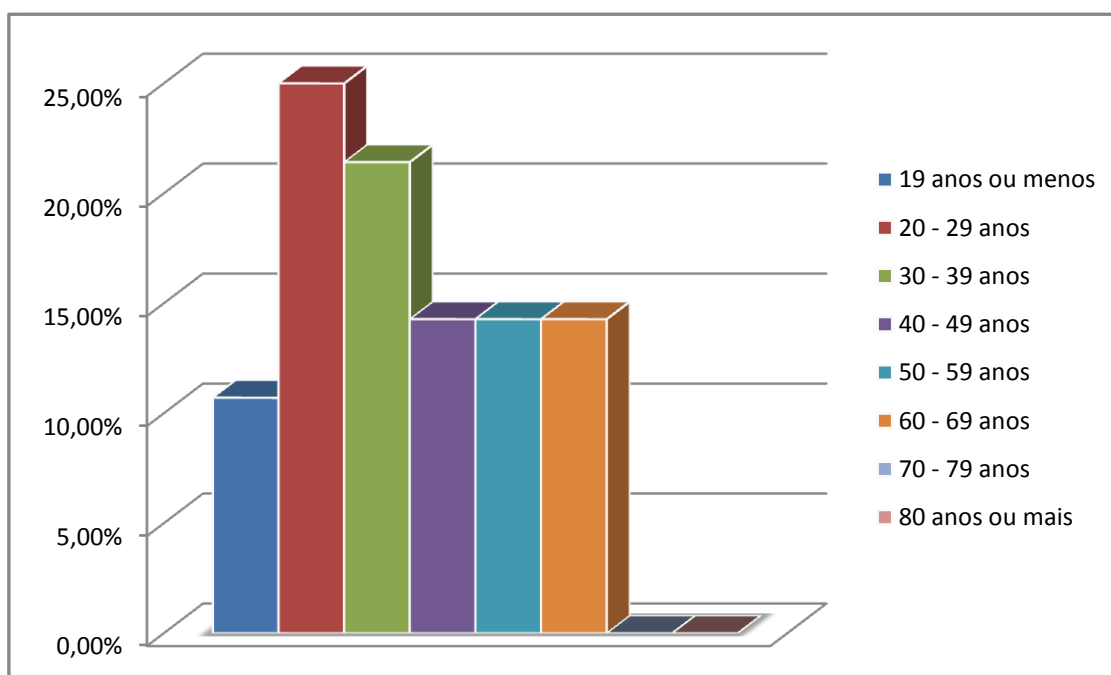


Gráfico 33: Distribuição dos casos de FOP de acordo com a faixa etária (amostra de 28 casos).



Todas as lesões de FOP ocorreram em gengiva/rebordo alveolar. Avaliando-se a coloração das lesões, verifica-se que as mais frequentes foram avermelhadas (54,54%), rosáceas (40,90%) e arroxeadas (4,54%) (Gráfico 34). O tamanho mais comum registrado para o FOP foi entre 1 cm e 1,9 cm (29,41%), seguido por entre 0,5 cm e 0,9 cm (23,52%), entre 2 cm e 2,9 (17,64%) e entre 3 cm e 3,9 cm (17,64%) (Gráfico 35). Os fatores etiológicos mais frequentemente relatados foram placa bacteriana (27,27%), prótese mal adaptada (9,09%), trauma crônico (9,09%), restos radiculares (9,09%) e exodontia (9,09%) (Gráfico 36).

Gráfico 34: Distribuição dos casos de FOP de acordo com a coloração da lesão (amostra de 22 casos).

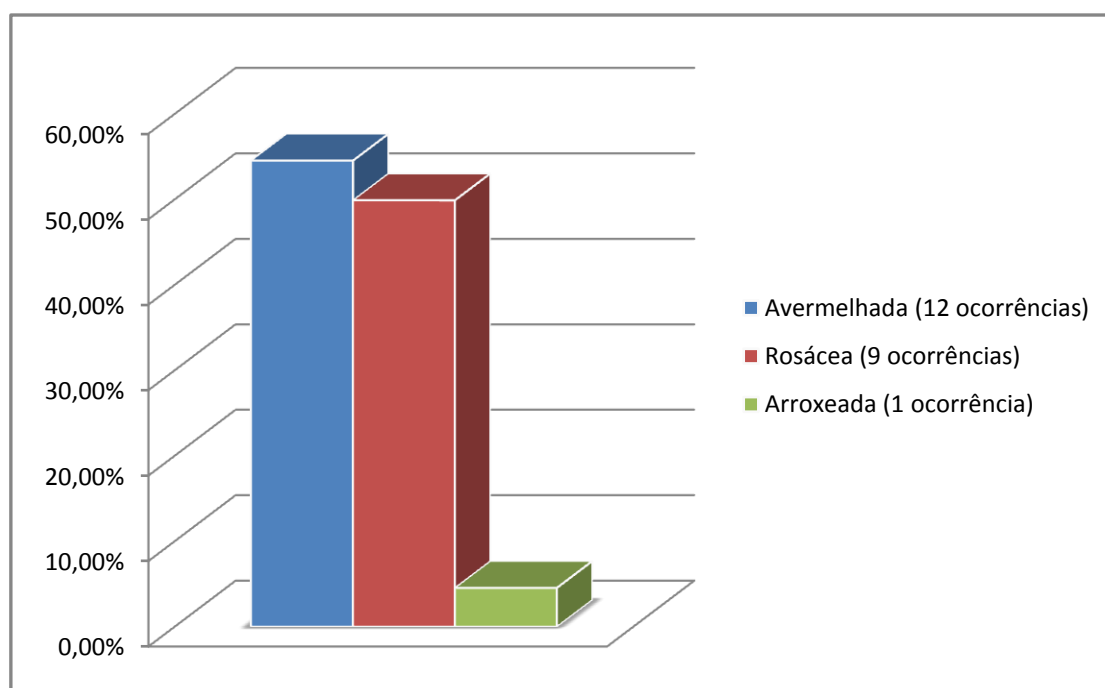


Gráfico 35: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 17 casos).

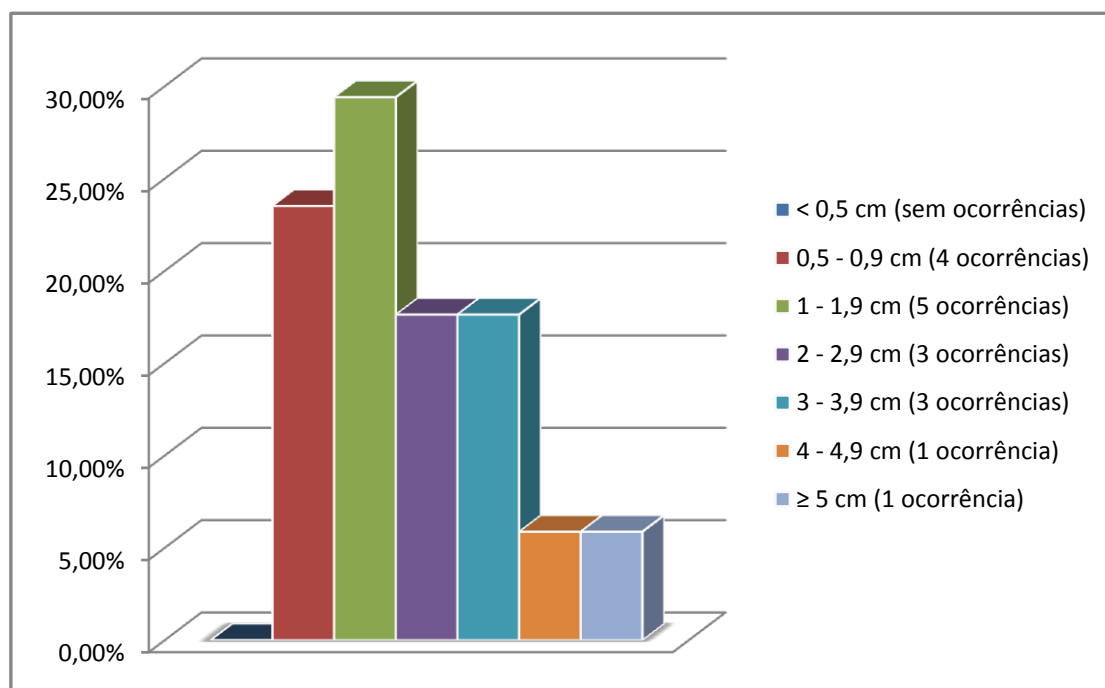
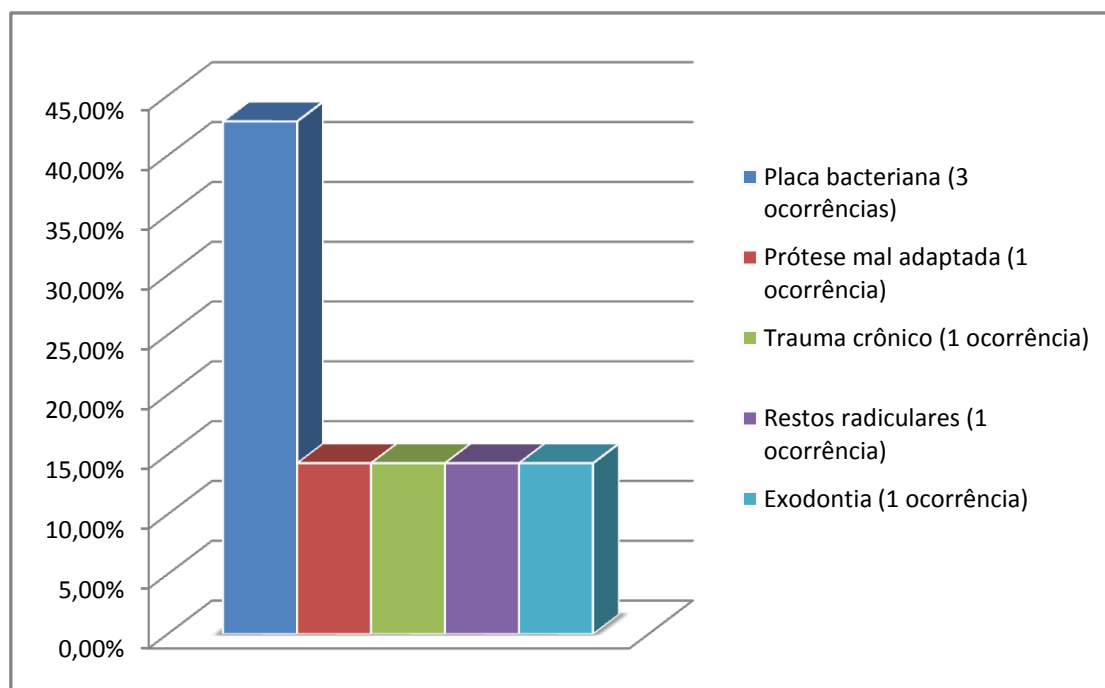
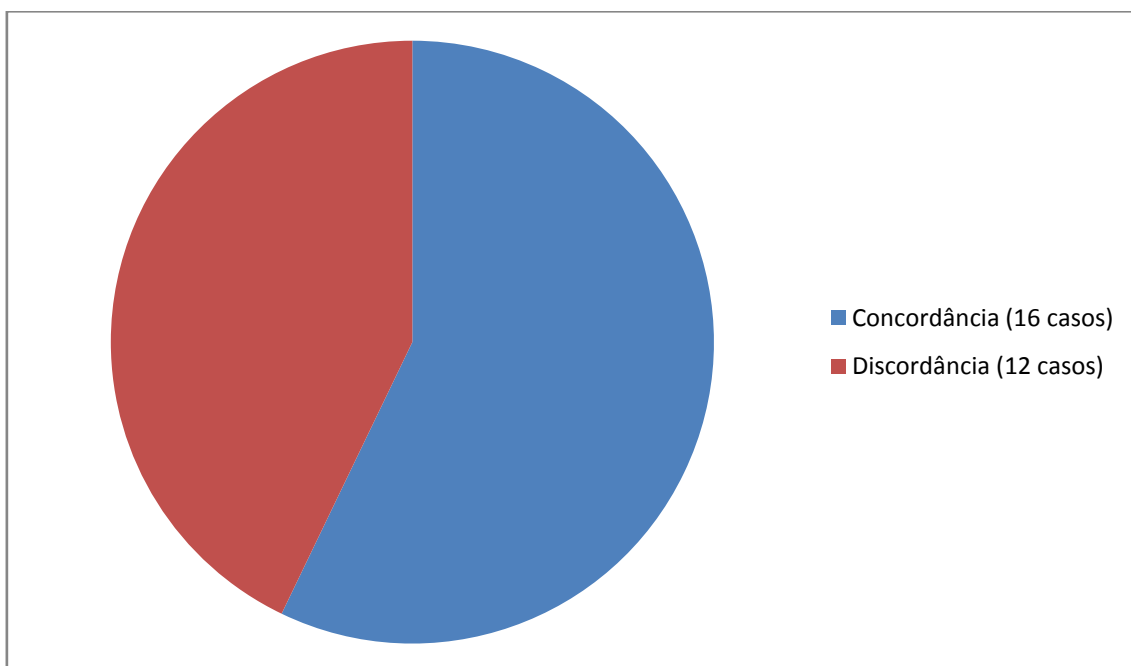


Gráfico 36: Distribuição dos casos de FOP de acordo com o fator etiológico (amostra de 11 casos).



A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico do FOP foi de 57,14% (Gráfico 37).

Gráfico 37: Distribuição dos casos de FOP em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 28 casos).



5.5 – LESÃO DE CÉLULAS GIGANTES MULTINUCLEADAS

Diferentemente de outras lesões analisados neste estudo, a LPCG apresentou maior prevalência o gênero masculino (61,11%) do que o feminino (38,89%) (Gráfico 38). A primeira e segunda décadas de vida foram as mais frequentemente registradas para a LPCG, com aproximadamente 45% dos casos situados nessas faixas etárias (Gráfico 39).

Gráfico 38: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o gênero (amostra de 18 casos).

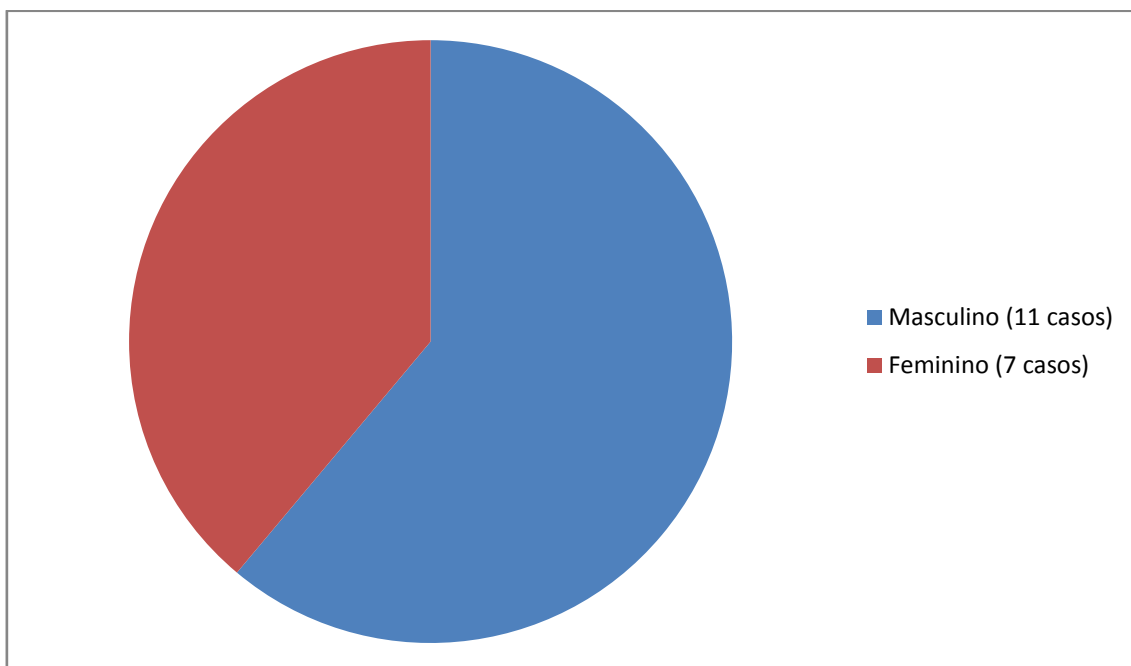
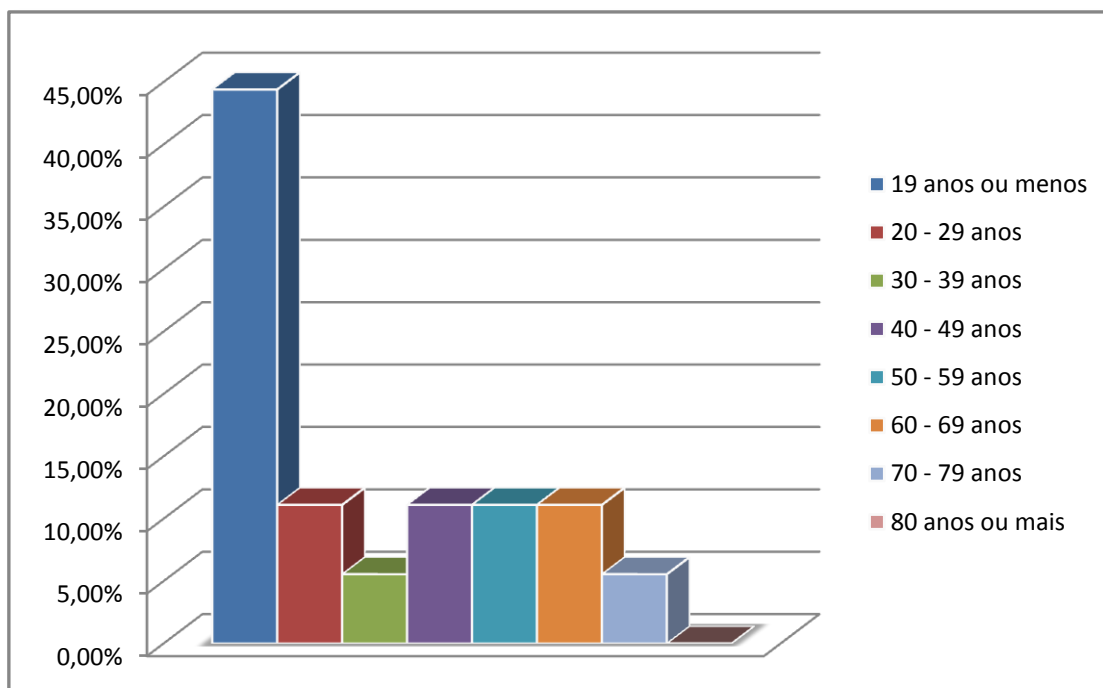


Gráfico 39: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com a faixa etária (amostra de 18 casos).



Todas as LPCG analisadas ocorreram em gengiva/rebordo alveolar. Em relação à coloração das lesões, as arroxeadas (50%) foram as mais frequentes, seguidas pelas azuladas (21,42%), avermelhadas (21,42%) e rosáceas (7,14%) (Gráfico 40). Quanto ao diâmetro da lesão, o mais relatado foi entre 1 cm e 1,9 cm (33,33%), seguido por acima de 5 cm (22,22%) (Gráfico 41). Abordando os fatores etiológicos, observa-se que os mais frequentes foram as próteses mal adaptadas (40%), trauma crônico (20%), resto radicular (20%) e exodontia (20%) (Gráfico 42).

Gráfico 40: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com a coloração da lesão (amostra de 14 casos).

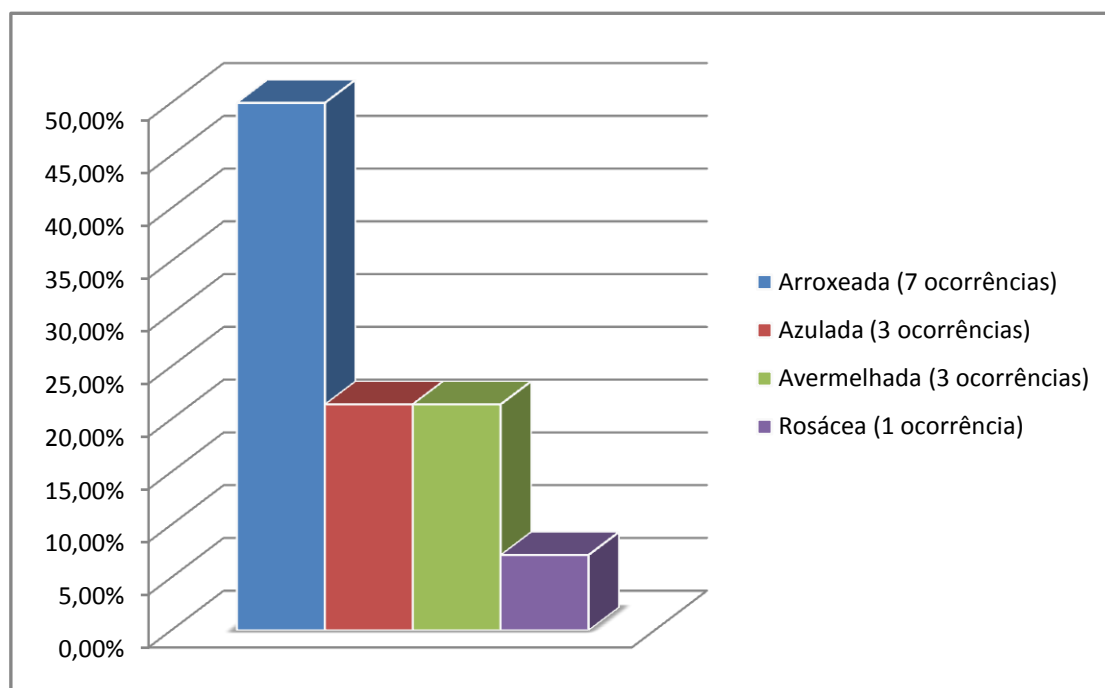


Gráfico 41: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o tamanho da lesão em seu maior diâmetro (amostra de 9 casos).

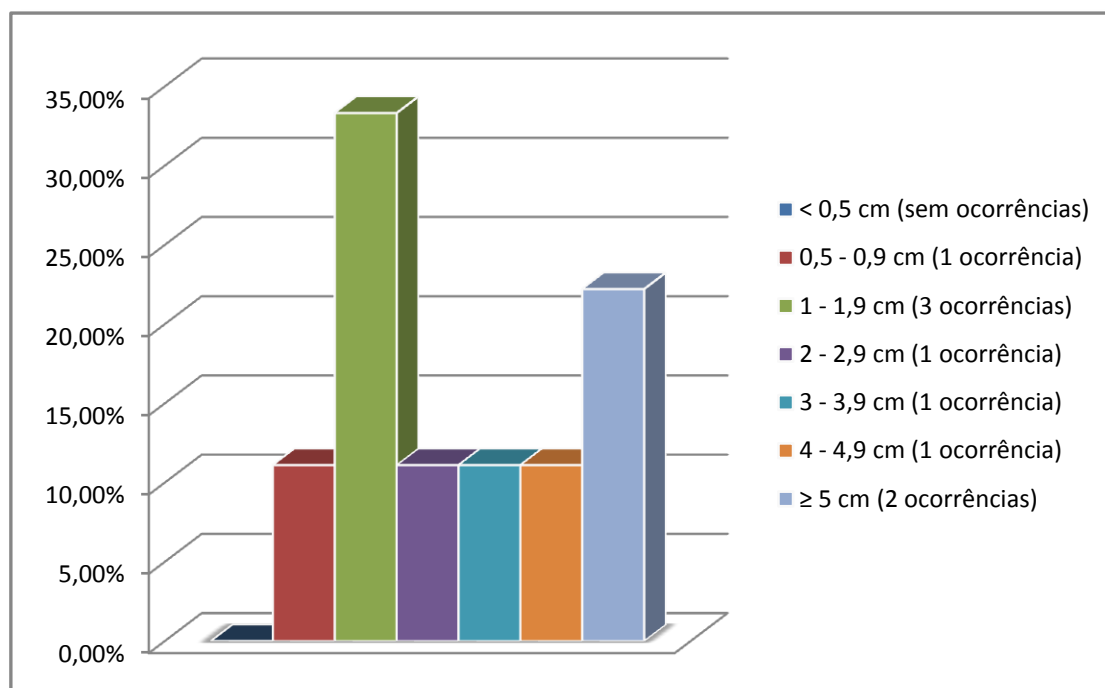
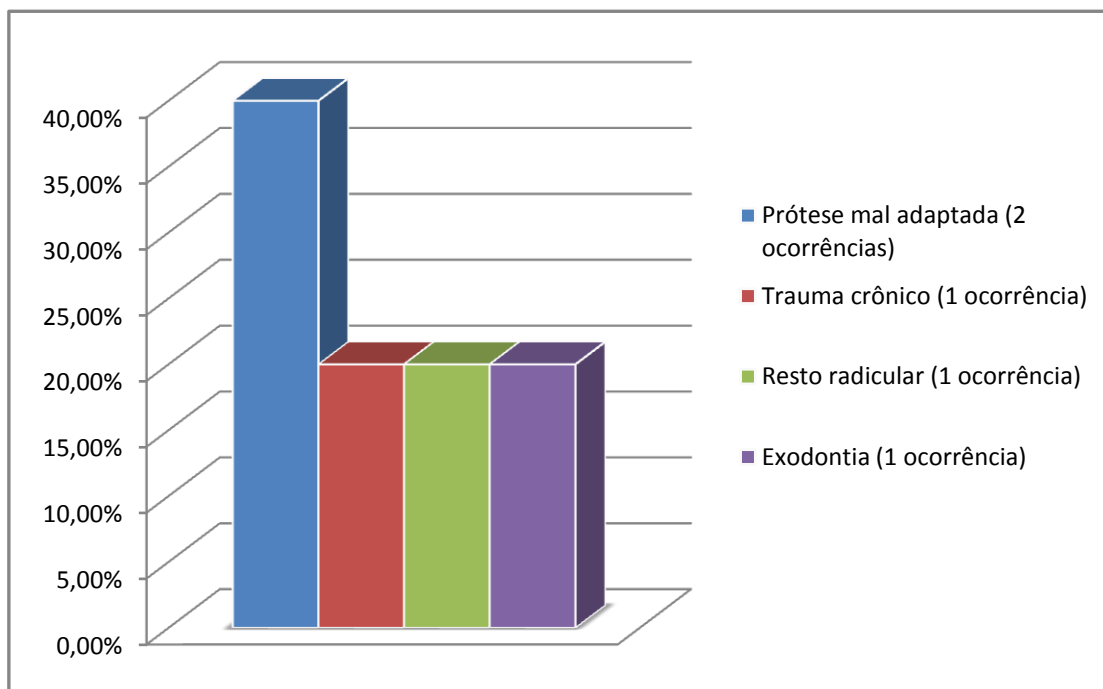
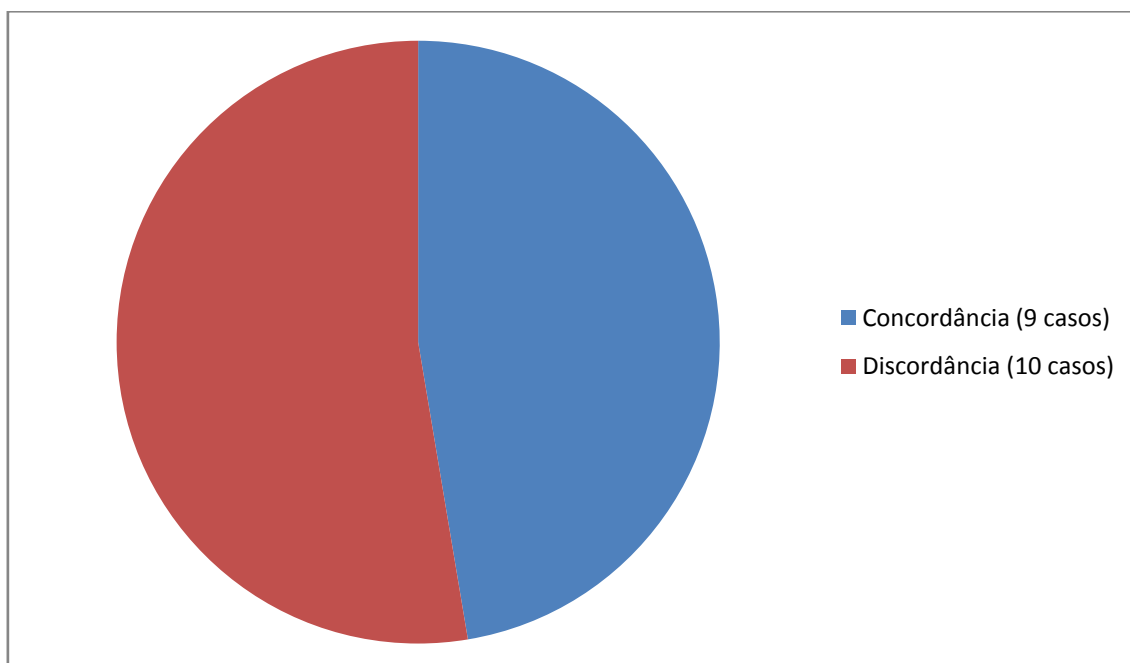


Gráfico 42: Distribuição dos casos de LPCG de acordo com o fator etiológico (amostra de 5 casos).



A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico da LPCG foi de 47,36% (Gráfico 43).

Gráfico 43: Distribuição dos casos de LPCG em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico (amostra de 19 casos).



6 DISCUSSÃO

As LPNN são comuns na prática odontológica. Nos seus mais de oito anos de atividade, o LPB-UFSC analisou mais de 2400 peças de biópsias, das quais 22,25% delas foram diagnosticadas como LPNN. Do total de lesões levantadas neste estudo, 72,09% corresponderam a HFI, 22,79% a GP, 7,03% a FCG, 5,24% a FOP e 3,55% a LPCG. Dados semelhantes foram observados em outras pesquisas [5] [3].

De acordo com os dados obtidos no presente levantamento, a HFI apareceu como a lesão de maior frequência (16,04%) em relação ao total de casos analisados pelo LPB-UFSC. O valor é corroborado por diferentes estudos consultados na literatura, que apresentam índices diversificados como 12,67% [16][16], 12,94% [17] [17] e 20,2% [18][18]. Observou-se uma maior prevalência em relação ao gênero feminino. Esse dado concorda com outros encontrados na literatura [28] [29]. A maior prevalência observada em mulheres pode estar relacionada com o fato de elas procurarem com maior frequência serviços de atenção à saúde. No entanto, há estudos que referenciam uma maior incidência de lesões do complexo bucomaxilofacial em mulheres [30] [31]. A maior prevalência da HFI ocorreu na quinta, sexta e sétima décadas de vida. Esse valor está em desacordo com o observado nas demais LPNN avaliadas no presente estudo, sobretudo em relação ao GP, FOP e LPCG, onde se observou maior prevalência em faixas etárias mais precoces. Essa assertiva é observada provavelmente pelo menor potencial irritativo, em razão da menor utilização de próteses por pacientes de faixas etárias menos avançadas. Há vasto relato literário atribuindo o desenvolvimento da HFI ao uso prolongado de próteses removíveis que se encontram mal adaptadas, representando uma injúria constante ao sistema estomatognático [5] [28] [29]. Tal afirmação está de acordo com os resultados obtidos neste trabalho, onde se aferiu que 68,69% dos casos de HFI estiveram diretamente relacionados ao uso de próteses mal adaptadas. A alta prevalência observada neste estudo evidencia que o acompanhamento clínico periódico de pacientes portadores de prótese é etapa fundamental no tratamento odontológico [29][28].

Em relação ao GP, estudos apontam que a lesão pode apresentar características etiológicas associadas a alterações hormonais relacionadas aos efeitos vasculares dos hormônios femininos, bem como à gravidez [7]. Dessa forma, é esperada sua maior ocorrência em indivíduos do sexo feminino, como observado nos resultados do presente estudo. Além disso, é importante salientar que um número significativo dos casos de GP (11,11%) ocorreu em gestantes. A localização preferencial do GP observada foi na região de mucosa e rebordo alveolar, coincidente com a literatura [19] [28]. Observou-se que a coloração mais frequente registrada foi avermelhada, correspondendo a 69,23% do total de lesões. Tal resultado é esperado quando analisamos a constituição histológica típica da lesão, que consiste em um tecido de granulação altamente vascularizado contendo numerosos neovasos e vasos sanguíneos [7]. Quanto à concordância diagnóstica do GP, foi aferida uma discordância de 31,7% entre o diagnóstico clínico e histopatológico. O valor obtido é coerente com um levantamento retrospectivo realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Cukurov, na Turquia, que indicou uma discordância de 32,1% entre o diagnóstico clínico e histopatológico do GP [20][20]. De forma similar, um levantamento epidemiológico realizado pelo Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco mensurou uma discordância de 35,1% para a lesão [22][22].

O FCG registrou maior prevalência no gênero feminino (61,53%), coerente com relato literário [33]. A faixa etária mais frequente foi a quarta, seguida pela quinta década de vida. Na literatura há relato demonstrando uma maior prevalência entre a segunda e quarta década de vida [32]. O FCG se diferenciou das demais lesões avaliadas neste estudo quanto à localização da lesão, sendo a única que teve a língua como principal sítio de ocorrência (48,71% dos casos); e quanto ao tamanho da lesão, sendo também a única onde a maior parte (51,72%) das lesões se enquadraram no menor diâmetro, de tamanho inferior a 0,5 cm.

O FOP correspondeu a 5,24% dos casos levantados. Tal valor é semelhante a outros estudos epidemiológicos aferidos na literatura [29]. Foi registrada uma maior frequência do

FOP no sexo feminino, valor que está em concordância com dados consultados na literatura [1] [2]. As décadas de maior prevalência foram a terceira e quarta décadas de vida. Effiom et al. [1] registraram como as décadas com maior frequência de ocorrência do FOP as segunda e terceira décadas de vida. A gengiva foi a região exclusiva de ocorrência do FOP, dado em consonância com a literatura [28]. Segundo De Carli e Silva [12] é possível que a proliferação tecidual excessiva característica do FOP esteja relacionada à irritação gengival por fatores locais crônicos, em especial àqueles relacionados a material estranho no sulco gengival e cálculo dental. Observou-se neste estudo que o principal fator etiológico relacionado ao FOP foi a placa bacteriana, estando relacionada a 27,27% do total de lesões de FOP.

A LPCG apresentou uma maior prevalência no sexo masculino, dado que encontra respaldo na literatura [27]. No entanto, outro relato verificados na literatura aponta para uma maior prevalência da LPCG no sexo feminino [28][34][34]. A primeira e segunda décadas de vida foram os períodos de maior ocorrência da LPCG, dado que está de acordo com relato da literatura [28]. Em relação à coloração, observou-se que 50% das lesões foram avaliadas como arroxeadas e 21,42% como azuladas. Essa pigmentação tipicamente azul-arroxeadada se deve a presença de hemossiderina, que pode ser observada em razão de hemorragia abundante em toda a massa correspondente à lesão [7]. A LPCG apresentou uma concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico de 47,36%. O valor obtido é similar ao apontado por Seife et al. [21], onde foi mensurada uma concordância de 50% entre o diagnóstico clínico e histopatológico da LPCG. No entanto, difere de dados aferidos por Tatli et al [20][20], que referem uma concordância diagnóstica de 93,7% para a LPCG.

5 CONCLUSÕES

As LPNN são lesões frequentes na prática odontológica, representando aproximadamente 23% dos casos diagnosticados pelo LPB;

As LPNN afetaram principalmente mulheres, leucodermas, entre a quinta e sexta décadas de vida;

As lesões apresentaram-se geralmente como uma lesão nodular, geralmente em gengiva/rebordo alveolar, língua ou mucosa jugal, variando de tamanho entre os 0,5 a 2 cm, e com coloração que varia da mesma coloração da mucosa, ao avermelhado e arroxeadado, com tempo de evolução variado;

Dentre os fatores etiológicos dessas lesões destacaram-se os traumatismos crônicos, principalmente causados por próteses mal adaptadas, e irritantes locais, como a presença de placa bacteriana;

Com exceção do FCG, todas as lesões apresentaram alta concordância entre o diagnóstico clínico e histológico das mesmas.

6 REFERÊNCIAS

- [1]. Effiom OA, Adeyemo WL, Soyele OO. O. Focal reactive lesions of the gingiva: an analysis of 314 cases at a tertiary health institution in Nigeria Niger Med J. 2011 Jan;52(1):35-40.
- [2]. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in US adults. Data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. J Am Dent Assoc. 2004 Sep;135(9):1279-86.
- [3]. Osterne RLV. Estudo epidemiológico de lesões orais em laboratórios de anátomo patologia na cidade de Fortaleza – CE. Fortaleza, 2009 [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. 2009.
- [4]. Hoseinpour Jajarm H, Mohtasham N. A comparative study on the clinical diagnosis and histopathologic report of patients undergone biopsy at department of oral Medicine of Mashhad Dental School from 2002 until 2004. J Mashad Dent Sch. 2006;30(1-2):47-54.
- [5]. Ali M, Sundaram D. Biopsied Oral Soft Tissue Lesions in Kuwait: A Six-Year Retrospective Analysis. Med Princ Pract. 2012;21(6):569-75.
- [6]. Prado R, Salim MAA. Cirurgia Buco-maxilo-facial: Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2004.
- [7]. Neville BW et al. Oral & Maxillofacial Pathology. 2º edition. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2002.
- [8]. Araujo NS, Araujo VC. Patologia Bucal. 1ª edition. São Paulo: Artes Médicas; 1984.
- [9]. Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 2º edition. Curitiba: Pancast, 1989.
- [10]. Rajendran R, Sivapathasundharam B. Text Book of Oral Pathology. 6º edition. Philadelphia: Elsevier publications, 2006.
- [11]. Lukes SM, Kuhnert J, Mangels MA. Identification of a giant cell fibroma. J Dent Hyg. 2005 Summer;79(3):9.
- [12]. De Carli JP, Silva SO, Paza A. Lesão de células gigantes periférica: revisão de literatura e relato de um caso recidivante. Rev Odontol Araç. 2006;25(1):19-24.
- [13]. Nogueira RLM, Cavalcante RB, Carvalho ACGS, Costa FWG. Lesão de células gigantes: um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. 2004;4(2):81-89
- [14]. Gynther GW, Rozell B, Heimdahl A. Direct oral microscopy and its value in diagnosing mucosal lesions:a pilot study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 Aug;90(2):164-70.
- [15]. Williams HK, Hey AA, Browne RM. The Use by General Dental Practitioners of an Oral Pathology Diagnostic Service over a 20-Year Period: The Birmingham Dental Hospital Experience. Br Dent J. 1997 Jun;182(11):424-9.
- [16]. Cruz MCFN, Almeida KGB, Lopes FF, Bastos EG, Freitas RA. Levantamento de biópsias da cavidade oral realizadas no Hospital Universitário – Unidade Presidente Dutra/UFMA, da cidade de São Luís (MA), no período de 1992 a 2002. Rev. bras. patol. Oral. 2005;4(3):185-188.

- [17]. Das S, Das AK. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatr Dent*. 1993 May-Jun;15(3):208-11.
- [18]. Kadeh H, Saravani S, Tajik M. Reactive Hyperplastic Lesions of the Oral Cavity. *Iran J Otorhinolaryngol*. 2015 Mar;27(79):137-44.
- [19]. Torção ACR, Rabelo MLM, Soares PL, Nunes RG, Andrade ESS. Levantamento epidemiológico de biópsias da região bucomaxilofacial encaminhadas ao Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Rev CRO PE*. 1999;2(2):119-125.
- [20]. Tatli U, Erdoğan O, Uğuz A, Üstün Y, Sertdemir Y, Damlar I. Diagnostic Concordance Characteristics of Oral Cavity Lesions. *SCI WORLD J*. 2013;2013:1-6.
- [21]. Seife S, Hoseini SR, Bijani A. Evaluation of clinical versus pathological difference in 232 cases with oral lesion. *Caspian J Intern Med*. 2010;1(1):31-35.
- [22]. Vaz DA, Valença DL, Lopes RBM, Silva AMC, Pereira JRD. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *RPG Rev Pós Grad*. 2011;18(4):236-243.
- [23]. Fattahi S, Hosseini SV, Khiavi MM, Mostafazadeh S, Gheisar A. Consistency Rates of Clinical Diagnosis and Histopathological Reports of Oral Lesions: A Retrospective Study. *J Dent Res Dent Clin Dent*. 2014;8(2):111-113.
- [24]. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, de Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from Sao Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent*. 2002;26(4):413-418.
- [25]. Regezi SA, Sciubba JJ. Tumores benignos não odontogênicos. In: Regezi SA, Sciubba JJ. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. 3º edition. Rio Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- [26]. Amadei SU *et al*. Prevalência de processos proliferativos não neoplásicos na cavidade bucal: estudo retrospectivo de quarenta anos. *Clínica e Pesquisa em Odontologia – UNITAU*. 2009;1(1):38-42.
- [27]. Kfir Y, Buchner A, Hansen LS. Reactive lesions of gingiva. A clinicopathological study of 741 cases. *J Periodontol*. 1980 Nov;51(11):655-61.
- [28]. Bertoja IC, Tomazini JG, Braosi APR, Zielak JC, Reis LFG, Giovanini AF. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. *Rev. sul-bras. odontol*. 2007;4(2):41-46.
- [29]. Martinelli KG, Vieira MM, Barros LAP, Maia RLMC. Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal – Odontologia / UFES. *Rev. bras. pesqui. saúde*. 2011;13(2):24-31.
- [30]. Nascimento GJF *et al*. Estudo epidemiológico de 2.147 casos de lesões bucomaxilofaciais. *Rev Bras Patol Oral*. 2005;4(2):82-89.
- [31]. Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiologic survey of 15,783 oral lesions. *J Am Dent Assoc*. 1987 Sep;115(3):439-42.
- [32]. Sabarinath B, Sivaramakrishnan M, Sivapathasundharam B. Giant cell fibroma: A clinicopathological study. *J Oral and Maxillofac Pathol*. 2012;16(3):359-362.
- [33]. Weathers DR, Callihan MD. Giant cell fibroma. *Oral surg oral med oral pathol* 1982;53:582-7.

- [34]. Fortes TMV, Queiroz LMG, Piva MR, Silveira EJD. Estudo epidemiológico de lesões proliferativas não neoplásicas da mucosa oral – análise de 20 anos. *Cienc Odontol Bras.* 2002;5(3):54-61.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel do estroma no desenvolvimento e progressão do câncer de boca

Pesquisador: Elena Riet Correa Rivero

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42976715.3.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Patologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.005.587

Data da Relatoria: 30/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto vinculado à linha de pesquisa "Etiologia, Diagnóstico, Prevenção e Terapias aplicadas à Odontologia", do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFSC. A professora coordenadora faz parte do grupo de Pesquisa em Diagnóstico Bucal da UFSC. O projeto desdobrar-se-á em uma tese de doutorado e um Trabalho de Conclusão de Curso. Como amostra positiva de neoplasia invasiva serão incluídos casos de carcinoma epidermóide de boca (CEB) e como amostra de tecido não neoplásico serão incluídos casos de HFI (hiperplasia fibrosa inflamatória). A seleção dos casos será feita com base no diagnóstico histopatológico e na análise das lâminas coradas em H&E. Com base na casuística desse Serviço de Diagnóstico espera-se no final ao menos 25 casos de DEBM; 25 casos de DEBM, 20 casos de carcinoma epidermóides de boca e 20 casos de HFI.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- O objetivo principal deste projeto é contribuir com o entendimento sobre o processo de invasão do CEB (carcinoma epidermóide de boca), por meio do estudo das interações parênquima/estroma nos mecanismos de crescimento e invasão tumoral.

Objetivo Secundário:

1- Promover um levantamento dos laudos histopatológicos de lesões diagnosticadas como displasias epiteliais, CEB e hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), presentes nos arquivos do

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br